

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DADOS VALORIZADOS PELO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
PARA A PRESCRIÇÃO DE CINESITERAPIA
RESPIRATÓRIA NA PESSOA COM DPOC

DISSERTAÇÃO

RUI PEDRO MARQUES DA SILVA

PORTO | 2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DADOS VALORIZADOS PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A PRESCRIÇÃO
DE CINESITERAPIA RESPIRATÓRIA NA PESSOA COM DPOC

*Clinical cues valued by the rehabilitation nurse for the prescription
of chest physical therapy to the person with COPD*

DISSERTAÇÃO

Dissertação académica orientada pela
Prof.^a Dr.^a Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes e coorientada
pelo Prof. José Miguel dos Santos Castro Padilha

RUI PEDRO MARQUES DA SILVA

PORTO | 2013

*À Prof.^a Arminda Costa
À Prof.^a Bárbara Gomes
À Prof.^a Manuela Martins
À Prof.^a Maria José Villas-Boas,*

*que nas carismáticas salas da Cidade do Porto
me mostraram o caminho...*

Se sou, em muito a vós o devo...

Agradecimentos

Agradeço a todos quantos participaram nesta minha etapa acadêmica, principalmente aos que fizeram dessa participação uma forma ativa de me fazer melhor pessoa, melhor enfermeiro e melhor investigador.

Em particular, agradeço à Prof.^a Dr.^a Olga Fernandes e ao Prof. Miguel Padilha toda a paciência e encorajamento, e principalmente a habilidade de terem tornado este percurso numa reflexão séria sobre a minha forma de estar na vida e na profissão; a eles devo o crescimento pessoal inerente a esta dissertação, e com eles me comprometo a incorporar as lições aprendidas.

Agradeço também aos meus colegas de especialidade, por tudo aquilo que são para mim e que tão bem o sabem; a todos e a cada um, um obrigado especial pela presença, pelos sorrisos, pelo carinho sincero, por me fazerem sentir especial.

Agradeço aos participantes no grupo focal, pela disponibilidade, apoio, dedicação, esforço e, acima de tudo, por acreditarem na minha visão.

Por último, mas com merecido destaque, agradeço à minha família, pelo suporte, pela paciência, pelo amor, por darem um sentido à minha vida.

“O essencial é invisível aos olhos...”

Antoine de Saint-Exupéry

Siglas e Abreviaturas

AVDs - Atividades de Vida Diária
CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
cit. por - citado por
CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPLEER - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
CR - Cinesiterapia Respiratória
CVF - Capacidade Vital Forçada
DALYs - Disability-Adjusted Life Year
DGS - Direção Geral da Saúde
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EBSCO - Elton Bryson Stephens Company
EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EUA - Estados Unidos da América
et.al. - e outros
ex. - exemplo
GF - Grupo focal
GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
min - minuto(s)
MS - Ministério da Saúde
Nº - número
NHS - National Health Service
OE - Ordem dos Enfermeiros
OLD - Oxigenoterapia de Longa Duração
ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
p. - página
partic. - participante
PBE - Prática Baseada na Evidência
PNS - Plano Nacional de Saúde
RCT - Randomized Controlled Trial
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória
RR - Reabilitação Respiratória
Rx - Raio x
SatO₂ - Saturação de Oxigênio
SB - Secreções Brônquicas
SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem
TA - Tensão Arterial
VNI - Ventilação Não Invasiva
T/E - Tempo/Espaço
TDC - Tomada de Decisão Clínica
TSMM - Teste de Seis Minutos de Marcha
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
VEF₁ - Volume Expiratório Forçado no 1º segundo
X - vezes por

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	14
1.2. Reabilitação Funcional Respiratória.....	20
1.2.1. Cinesiterapia Respiratória	23
1.3. Enfermagem de Reabilitação.....	26
1.4. Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem.....	28
1.5. Autonomia em Enfermagem	36
1.6. Prescrição de Cinesiterapia Respiratória por Enfermeiros de Reabilitação na Pessoa com DPOC.....	42
CAPÍTULO 2 - DESENHO DO ESTUDO.....	45
2.1. Objeto de estudo.....	45
2.2. Tipo de estudo.....	48
2.3. População e amostra	50
2.4. Método de recolha de dados.....	52
2.5. Método de análise dos dados	55
2.6. Aspetos Éticos	58
CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA	85
ANEXOS	95
ANEXO I: ESQUEMA DA TEORIA DO <i>CONTINUUM</i> COGNITIVO.....	97
ANEXO II: PARTICIPANTES NO GRUPO FOCAL	101
ANEXO III: CONSENTIMENTO DE INTEGRAÇÃO NO GRUPO FOCAL	105
ANEXO IV: LISTA DAS UNIDADES DE REGISTO PRODUZIDAS NA PRIMEIRA SESSÃO	109
ANEXO V: AGREGAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO DA PRIMEIRA SESSÃO	115
ANEXO VI: TRANSCRIÇÃO DO DISCURSO RELEVANTE DA SEGUNDA SESSÃO	121
ANEXO VII: AJUSTE TERMINOLÓGICO DAS UNIDADES DE REGISTO DA SEGUNDA SESSÃO	129
ANEXO VIII: TRANSCRIÇÃO DO DISCURSO RELEVANTE DA TERCEIRA SESSÃO.....	135

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Revisão bibliográfica do estudo	43
TABELA 2 - Plano das sessões do GF	54
TABELA 3 - Unidades de registo finais, com respetivas frequências relativas em %	69
TABELA 4 - Categorização e comparação com a CIPE® dos dados valorizados pelos participantes do GR na prescrição de CR na pessoa com DPOC	74

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Processo fisiopatológico da DPOC e implicações na Qualidade de Vida (fonte: Cordeiro e Menoita, 2012, p. 255)	17
FIGURA 2 - Perspetivas teóricas	41
FIGURA 3 - Planificação do percurso de investigação	58
FIGURA 4 - Ajuste da planificação do percurso de investigação	61
FIGURA 5 - Exemplo da tabela de análise das unidades de registo obtidas na primeira sessão	63
FIGURA 6 - Excerto da tabela de análise das unidades de registo da segunda sessão	66
FIGURA 7 - Excerto da tabela de ajuste terminológico das unidades de registo da segunda sessão	67
FIGURA 8 - Fluxograma do processo de categorização	70
FIGURA 9 - Excerto da tabela de categorização.....	72
FIGURA 10 - Frequência de dados existentes em cada domínio	77

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença crónica que consiste numa alteração estrutural permanente das vias aéreas / parênquima pulmonar, embora possa ser estabilizada através de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas adequadas, tal como a Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), que inclui a cinesiterapia respiratória (CR).

Porém, a CR só se traduz em benefícios concretos se for prescrita de forma individualizada, o que leva o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) a identificar os dados relevantes para o efeito.

Este estudo tem como finalidade identificar os dados valorizados pelo EEER na prescrição de CR a pessoas com DPOC. Para dar resposta a este objetivo, recorremos ao método do grupo focal (GF), composto por nove EEER, o qual contou com três sessões, e utilizámos a análise de conteúdo para a análise dos dados.

Os resultados do estudo constam de 310 dados valorizados pelos participantes do GF para a prescrição de CR na pessoa com DPOC, 32% dos quais estão inerentes aos processos intencionais da pessoa, e apenas 4% aos processos patológicos, embora a maior fatia (59%) corresponda aos processos corporais, ou seja, às funções orgânicas involuntárias. Podemos com isto afirmar que, embora não menosprezem o diagnóstico médico, os participantes no GF, para o seu processo de tomada de decisão, colhem os seus próprios dados e colhem-nos na individualidade da pessoa (involuntária e intencional), o que demonstra uma enfermagem que incorpora as respostas humanas à doença e que está centrada na gestão de sinais e sintomas e nos processos adaptativos à doença.

Palavras-chave: DPOC; Enfermagem de Reabilitação; Dados; Cinesiterapia Respiratória; Processo de tomada de decisão em enfermagem

Clinical cues valued by the rehabilitation nurse for the prescription of chest physical therapy to the person with COPD

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic disease with permanent structural change of the airway / lung parenchyma, although stabilisable through appropriate pharmacological and non-pharmacological strategies, such as the pulmonary rehabilitation, which includes chest physical therapy.

However, the chest physical therapy only brings tangible benefits if it is individually prescribed, which leads the rehabilitation nurse to identify relevant clinical cues for this purpose.

This study aims to identify the clinical cues valued by the rehabilitation nurse to prescribe chest physical therapy for people with COPD. To achieve this, we used the method of focus group, with nine rehabilitation nurses, which featured three sessions subjected to content analysis.

The study results consist of 310 clinical cues valued by the focus group participants for the prescription of chest physical therapy to persons with COPD, 32% of which are inherent to the person's intentional processes, and only 4% to pathological processes, although the largest share (59%) corresponds to the body processes, that is, the involuntary bodily functions. This allows us to say that, although they don't overlook the medical diagnosis, the focus group participants, in their decision-making process, gather their own clinical cues based in the person's individuality (both intentional and unintentional processes), which demonstrates their focus on the human response to illness and on the management of signs and symptoms and adaptive processes to the disease.

Keywords: CPOD; Rehabilitation Nursing; Clinical Cues; Chest Physical Therapy; Nursing decision-making process

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento da incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013).

Em Portugal, estima-se uma prevalência da DPOC de 14,2% nos indivíduos acima dos 40 anos (ONDR, 2011), com principal expressão no grupo etário acima dos 65 anos (ONDR, 2011); no nosso país, estima-se que a DPOC acarrete custos anuais de 400 milhões de euros (ONDR, 2012), principalmente devido às exacerbações.

Sobre a fisiopatologia, a DPOC consiste numa alteração estrutural permanente das vias aéreas e/ou parênquima pulmonar (GOLD, 2013), não sendo completamente reversível com o uso de substâncias broncodilatadoras ou anti-inflamatórias. A DPOC acarreta alterações pulmonares e extrapulmonares, cujas consequências vão desde a dispneia à sarcopenia, com impacte significativo na autonomia da pessoa.

A DPOC é irreversível, embora prevenível e tratável com a implementação de estratégias terapêuticas adequadas, que incluem estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, entre elas a Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) (GOLD, 2013).

A RFR contempla uma série de exercícios ventilatórios e sistémicos que visam a melhoria da *compliance* ventilatória e da capacidade funcional da pessoa com DPOC (DGS, 2009; GOLD, 2013). Incluída na RFR surge a cinesiterapia respiratória (CR), que pode ser definida como “*uma terapêutica baseada no movimento e, como tal, vai atuar principalmente sobre os fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tenta melhorar a ventilação alveolar*” (Heitor et.al., 1988, p. 2).

Para que a CR se traduza em benefícios concretos, é necessário que seja individualizada e adequada à pessoa que a recebe (Langer et.al., 2009;

Cordeiro e Menoita, 2012). Este facto é mais pertinente nas situações de doença pulmonar crónica, como a DPOC, onde a prescrição apropriada de CR pode diminuir a sensação de falta de ar, aumentar a qualidade de vida e otimizar a permeabilidade das vias aéreas (Osiadło e Dzierzega, 2007; Cordeiro e Menoita, 2012).

Esta prescrição de CR tem como premissa base a individualização e adequabilidade à pessoa e ao contexto. Isto exige que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) se aproprie dos dados relevantes para o diagnóstico e para a intervenção na pessoa com DPOC, para posterior prescrição adequada de CR (Cordeiro e Menoita, 2012). Este processo de apropriação e utilização dos dados clínicos integra o processo de tomada de decisão, cuja conceção teórica varia entre o modelo analítico-racional (ou hipotético-dedutivo) e o modelo da intuição, passando pelo modelo do *continuum* cognitivo (Silva, 2011).

Não obstante o modelo utilizado, a informação clínica é sempre a condição obrigatória para a tomada de decisão (Sousa, 2005), e premissa base para a Prática Baseada na Evidência (OE, 2006; Fortin, Côté e Filion, 2009), a qual deve ser encarada como um catalisador da integração entre a investigação e a prática clínica (Harbison, 2001; Fortin, Côté e Filion, 2009).

É precisamente aqui que se verifica a lacuna que leva ao presente estudo: embora a CR seja amplamente prescrita e utilizada pelos EEER na sua prática clínica (Cordeiro e Menoita, 2012), não existe bibliografia publicada e disponível sobre a prescrição de CR pelos EEER para a pessoa com DPOC.

Assim, pretendemos com este estudo identificar o conjunto de dados que são pertinentes para o processo de tomada de decisão do EEER na prescrição de CR para a pessoa com DPOC, assumindo que a identificação dos dados que concorrem para uma prescrição de enfermagem é essencial para delimitar o campo de intervenção dos enfermeiros, o campo dos saberes e enunciar, numa linguagem comum e partilhada, o diagnóstico de enfermagem.

Face à finalidade proposta, identificamos a seguinte pergunta:

• *Numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória?*

Neste estudo utilizamos uma metodologia de investigação qualitativa, exploratória, de cariz descritivo (Fortin, Côté e Filion, 2009), que inclui a execução de um grupo focal (GF) constituído por EEER portugueses, para responder à questão anterior.

Na análise dos dados recorremos à análise de conteúdo, baseada na produção teórica de Bardin (2013).

O trabalho encontra-se estruturado em quatro partes centrais:

- O enquadramento teórico, onde se caracteriza a DPOC, se retrata a RFR e a CR, se descreve a Enfermagem de Reabilitação e se abordam o processo de tomada de decisão e a autonomia em enfermagem (parte I);
- O desenho do estudo, onde apresentamos o objeto de estudo, justificamos o tipo de estudo escolhido, definimos a população e amostra, descrevemos o método de recolha de dados, explanamos o método de análise dos dados e refletimos sobre os aspetos éticos envolvidos (parte II);
- A apresentação e discussão dos resultados emergentes do estudo (parte III);
- O relato das conclusões, reflexões e considerações finais sobre o estudo desenvolvido, bem como sugestões de investigações futuras que surjam deste estudo (parte IV).

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo abordaremos a DPOC, incluindo os critérios de diagnóstico e estadiamento, bem como as estratégias farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da doença, que incluem a RFR; descreveremos também a CR, enquanto vertente da RFR. No seguimento, versaremos sucintamente sobre a Enfermagem de Reabilitação e refletiremos sobre o Processo de Tomada de Decisão e sobre a Autonomia em Enfermagem.

Como o leitor constatará, e não obstante a elevada quantidade de documentos publicados sobre as temáticas em questão, os capítulos 1.1, 1.2 e 1.2.1 estão fundamentados maioritariamente em duas publicações: a estratégia Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, revisão de 2013) e o livro “Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória”, de Cordeiro e Menoita (2012); deve-se isto ao fato de serem duas publicações recentes, sendo uma delas um documento de uma entidade internacional de referência na DPOC e a outra um livro sobre RFR escrito por e para EEERs; para além disso, são por si só agregadoras da informação científica existente, o que nos levou à sua utilização como eixos da fundamentação teórica para a DPOC, a RFR e a CR.

1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A DPOC é, segundo a GOLD (2013), uma doença comum, prevenível e tratável, com efeitos pulmonares e extrapulmonares, caracterizada por uma limitação persistente do fluxo de ar que é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória crónica nas vias aéreas e nos pulmões a partículas ou gases nocivos; de entre as partículas, é de especial relevo o tabaco, principal causa e fator de risco da doença.

Esta resposta inflamatória pode induzir destruição do parênquima pulmonar (originando enfisema, que potencia a hiperinsuflação), alteração

da árvore brônquica (que leva a bronquiectasias), inflamação persistente (descrita como bronquite crônica e associada à produção frequente de secreções brônquicas puriformes), anormalidades nos mecanismos normais de reparação e defesa imunitária (originado fibrose, rigidez e estreitamento das vias aéreas inferiores, que levam à hiperinsuflação) e alterações da vasculatura pulmonar (originado resistência capilar, espessamento das paredes dos vasos e hipertensão pulmonar, a qual pode originar *cor pulmonale*) (GOLD, 2013).

Do conjunto dos processos descritos resulta diminuição das trocas gasosas, com hipoxia e hipercapnia, que se agravam com o progredir da doença (GOLD, 2013). Estes processos perturbam o equilíbrio ácido-base, com particular relevância nos casos de insuficiência renal (Cordeiro e Menoita, 2012) por incapacidade metabólica de reagir à descompensação respiratória. Nos casos de hipercapnia, a administração de oxigenoterapia deve ser gerida com rigor para não funcionar como fator inibitório da ventilação (Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013).

De entre os processos inflamatórios associados à DPOC, destaca-se o desequilíbrio entre as proteinases e as antiproteinases, com consequente aumento da elastase a nível alveolar, o que origina diminuição da elastina (proteína responsável pela elasticidade do tecido alveolar); a persistência por períodos longos de tempo desta alteração inflamatória leva às alterações parenquimatosas e das vias aéreas inferiores descritas (Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013). Este processo é potenciado pelo défice de alfa-1-antitripsina, o que o torna um dos fatores de risco da DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013).

Outros fatores de risco para a DPOC incluem a poluição atmosférica/ambiental, a hiper-reatividade brônquica não específica, historial clínico de infeções respiratórias graves e bronquite crônica (Cordeiro e Menoita, 2012).

Como já relatado, a DPOC engloba alterações pulmonares e extrapulmonares ou sistémicas. As alterações pulmonares (supra-descritas) levam ao principal sintoma da doença: a dispneia, que pode ser definida como “*uma sensação subjectiva de dificuldade respiratória*” (Cordeiro e

Menoita, 2012, p. 260) e cuja etiologia inclui, entre outros, as alterações de ventilação/perfusão, a hiperinsuflação ou a atrofia da musculatura ventilatória.

As alterações extrapulmonares manifestam-se, principalmente, ao nível do sistema músculo-esquelético, com *“alteração estrutural e inadequação da bioenergética, levando à diminuição da massa muscular - sarcopenia e perda funcional”* (Cordeiro e Menoita, 2012, p. 253). Isto leva a uma progressiva perda de peso e causa impacte na capacidade funcional da pessoa, o que leva à diminuição da autonomia nas Atividades de Vida Diária (AVDs) (Cordeiro e Menoita, 2012; Alves, 2012).

A associação entre as alterações pulmonares e extrapulmonares leva ao conceito de espiral da dispneia, baseado no *“efeito do enfraquecimento pulmonar que causa dispneia agravando-se com o exercício físico, o que encoraja a um estilo de vida mais sedentário. Este, por sua vez, reduz a força e a massa musculares e a capacidade aeróbica, o que resulta numa necessidade ventilatória ainda mais intensa”* (Cordeiro e Menoita, 2012, p. 253).

É também relevante referir que a DPOC está frequentemente associada a estados de desnutrição e de depressão, os quais contribuem para a progressão da doença e para a não-adesão ao regime terapêutico (farmacológico e não-farmacológico) (Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013).

A figura 1 (transcrita de Cordeiro e Menoita, 2012, p. 255) representa esquematicamente o processo fisiopatológico da DPOC e as suas implicações na qualidade de vida.

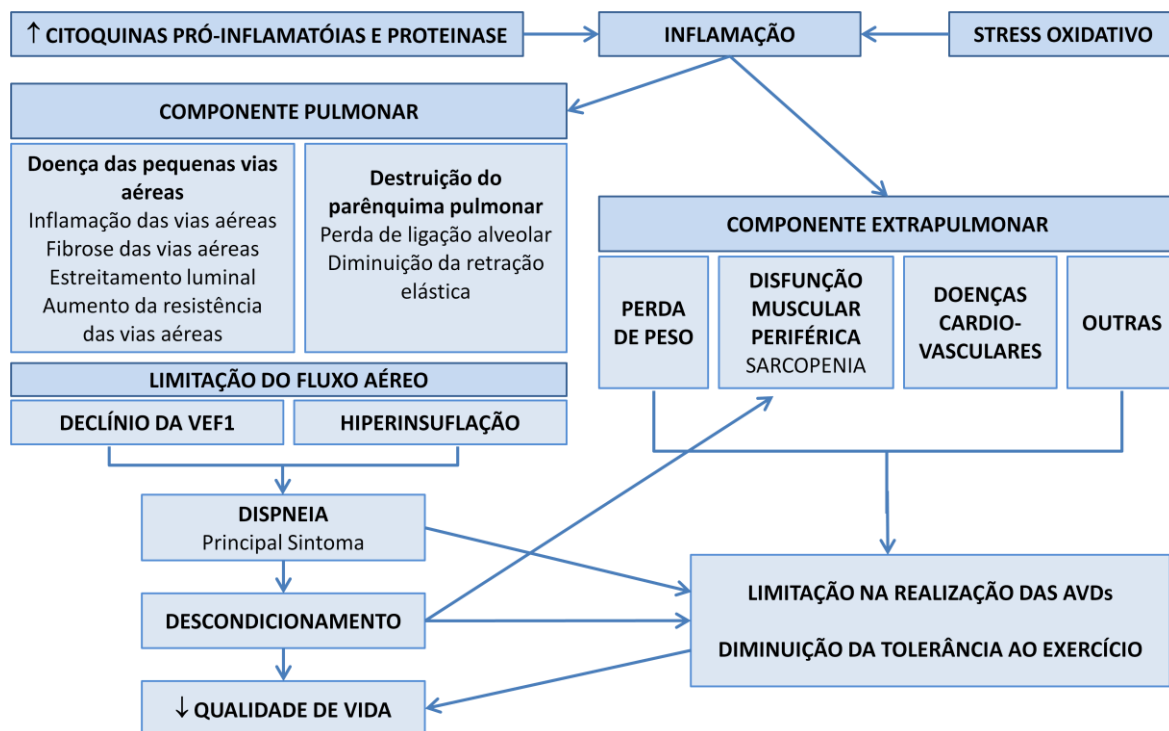


Figura 1 - Processo fisiopatológico da DPOC e implicações na Qualidade de Vida (fonte: Cordeiro e Menoita, 2012, p. 255)

O diagnóstico de DPOC é efetuado através de espirometria realizada após administração de um broncodilatador (para evidenciar a não-reversibilidade das alterações pulmonares), sendo critério de diagnóstico a constatação de uma relação entre Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF_1) e Capacidade Vital Forçada (CVF) inferior a 0,70 (GOLD, 2013).

A DPOC pode manifestar-se por vários graus de gravidade de limitação do fluxo de ar (GOLD, 2013), mediante a relação entre o VEF_1 medido e o VEF_1 previsto para o género e idade da pessoa (conforme previsto em tabelas normalizadas):

- GOLD 1: Ligeira - $VEF_1/CVF < 0,70$ e $VEF_1 \geq 80\%$ do previsto;
- GOLD 2: Moderada - $VEF_1/CVF < 0,70$ e $50\% \leq VEF_1 < 80\%$ do previsto;
- GOLD 3: Grave - $VEF_1/CVF < 0,70$ e $30\% \leq VEF_1 < 50\%$ do previsto;
- GOLD 4: Muito grave - $VEF_1/CVF < 0,70$ e $VEF_1 < 30\%$ do previsto.

No entanto, é atualmente defendida uma abordagem integrada da DPOC (GOLD, 2013), onde o diagnóstico por espirometria é complementado pela avaliação da exposição a fatores de risco, dos sintomas (pulmonares e extrapulmonares, como dispnéia progressiva, tosse produtiva crónica ou

intolerância à atividade), da frequência das exacerbações¹ e da presença de comorbilidades (com especial relevo para a patologia cardiovascular e para a atrofia da musculatura esquelética) (Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013). Devem para isso ser utilizadas instrumentos validados de avaliação de sintomas, qualidade de vida, AVDs e capacidade funcional (DGS, 2009; GOLD, 2013), os quais servem de base para a estratificação do risco de exacerbações (GOLD, 2013) e para a avaliação da evolução da doença (DGS, 2009; GOLD, 2013).

O tratamento da DPOC assume 5 vertentes complementares e sinérgicas, com vista a aliviar sintomas, prevenir exacerbações e reduzir a progressão da doença:

- Tratamento farmacológico, que contempla broncodilatadores de curta e longa ação (anticolinérgicos e simpaticomiméticos β_2), corticóides (em casos de alto risco de exacerbação) e inibidores da fosfodiesterase; os broncodilatadores e os corticóides podem ser inalados (preferencialmente) ou sistémicos, enquanto os inibidores da fosfodiesterase só podem ser administrados por via sistémica;
- Imunoterapia, antigripal e antipneumocócica;
- Adoção de estilos de vida saudáveis (primordialmente exercício físico ligeiro e regular, como caminhar) e/ou redução/eliminação dos fatores de risco, sendo de particular relevância a cessação tabágica;
- RFR, que inclui programas sistematizados de exercício físico, educação para a saúde e desenvolvimento de competências de autocuidado;
- Ventiloterapia Não Invasiva (VNI) / Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD).

(adaptado de GOLD, 2013)

¹ Uma exacerbação da DPOC é um evento agudo com agravamento dos sintomas respiratórios para além das variações diárias habituais e que leva a uma alteração na medicação (GOLD, 2013)

Epidemiologicamente, a DPOC é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento da incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013), quer pela persistência ou expansão dos fatores de risco, quer pelo atual subdiagnóstico da doença (as estatísticas internacionais baseadas nos registos médicos apontam para menos de 6% de prevalência de DPOC na população adulta, o que diverge de alguns estudos epidemiológicos que apontam prevalências até 20%) (GOLD, 2013).

No seguimento, é possível estimar que o peso económico da DPOC representa 56% (38,6 biliões de euros) dos custos diretos associados a doenças respiratórias na Europa, enquanto nos Estados Unidos é responsável por 49,9 biliões de dólares entre custos diretos e indiretos (GOLD, 2013). De salientar que a maior parte destes custos advém das exacerbações da doença.

Sob o ponto de vista social, a DPOC acarreta DALYs (Disability-Adjusted Life Year), ou seja, *“a soma de anos perdidos devido a mortes prematuras e anos vividos com incapacidade”* (Cordeiro e Menoita, 2012); inclusivamente, estima-se que será a sétima causa de DALYs em 2030 (GOLD, 2013).

Em Portugal, estima-se uma prevalência da DPOC de 14,2% nos indivíduos acima dos 40, com principal expressão no grupo etário acima dos 65 anos (ONDR, 2011). Segundo o ONDR (2012), as doenças respiratórias Crónicas (entre as quais predomina a DPOC) estão associadas a uma despesa anual de 400.940.621 euros, sendo atribuível ao tabaco 60,8% desse valor.

Como descrito, uma das abordagens não-farmacológicas no tratamento da DPOC é a RFR. A RFR inclui ainda a CR (Cordeiro e Menoita, 2012), que embora não conste nos documentos emitidos pela GOLD (por fraca evidência científica, tal como constatado pelo relatório de 2011 do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias - ONDR), é uma prática corrente entre os enfermeiros de reabilitação (Cordeiro e Menoita, 2012).

1.2. Reabilitação Funcional Respiratória

A RFR, também designada por Reabilitação Respiratória (RR), consiste num conjunto de exercícios ventilatórios² e sistémicos, que visam melhorar a *compliance* ventilatória e a capacidade funcional do indivíduo (DGS, 2009; Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) emitiu em 2009 o documento “*Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*”, baseado na estratégia GOLD, e que descreve para a RFR:

1. Definição: *A Reabilitação Respiratória (RR) é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas actividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença.*

2. Selecção de doentes: *A RR é aplicável a partir do estadio GOLD II, mas dirigida, essencialmente, a doentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa. Os fumadores não devem ser excluídos à partida, mas objecto de forte intervenção antitabágica.*

3. Benefícios baseados na evidência: *A RR melhora a dispneia e a qualidade de vida (evidência A); diminui o número de dias de hospitalização e induz benefícios psicossociais (evidência B).*

4. Treino ao esforço: *É o componente nuclear e aglutinador do programa de RR (evidência A). Deve associar-se o treino de endurance ao da força muscular, envolvendo membros inferiores e superiores. Não se recomenda, por rotina, o treino dos músculos respiratórios. Deve ser administrado O₂ a doentes hipoxémicos em repouso e aos que dessaturam no esforço.*

² A literatura disponível apresenta dois termos similares ao abordar a função pulmonar: respiratório e ventilatório; o autor deste trabalho opta, sempre que adequado, pelo termo “ventilatório” por considerar ser mais coerente com os processos físicos e mecânicos da função pulmonar (Cordeiro e Menoita, 2012), enquanto o termo “respiratório” é mais adequado para definir o que está inerente à respiração celular ou à difusão dos gases nos capilares pulmonares (Cordeiro e Menoita, 2012; Ferraro, 2012).

5. Objectivos da Educação: *Habilitar o doente a lidar com o tratamento e prevenção das complicações da doença; promover uma modificação do comportamento e estilo de vida; tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos serviços de saúde. (DGS, 2009, p. 1)*

Segundo GOLD (2013), a RFR:

- Melhora a capacidade de exercício (evidência A³);
- Reduz a intensidade percebida de falta de ar (evidência A);
- Melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde (evidência A);
- Reduz o número de hospitalizações e dias de internamento (evidência A);
- Reduz a ansiedade e a depressão associadas à DPOC (evidência A);
- Melhora a função dos braços através do treino de força e resistência de membros superiores (evidência B);
- Providencia benefícios que se prolongam para além do período imediato de treino (evidência B);
- Aumenta a sobrevivência (evidência B);
- Providencia benefícios através do treino da musculatura respiratória, especialmente quando combinado com o treino sistémico (evidência C);
- Diminui o tempo de recuperação após hospitalização devido a agudização da doença (evidência A);
- Otimiza o efeito dos broncodilatadores de longa ação (evidência B).

Os programas de RFR variam em conteúdo, periodicidade e duração (GOLD, 2013); segundo Cordeiro e Menoita (2012, p. 59)

cada programa deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta múltiplos factores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, patologia associada), com a pessoa (grau de instrução e

³ Níveis de evidência (adaptado de GOLD, 2013): A - RCTs com corpo de dados rico; B - RCTs com corpo de dados limitado; C - Ensaios não aleatórios; Estudos observacionais; D - Painéis de Consenso de Peritos

capacidade de aprendizagem, situação sócio-familiar e profissional), com o local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os meios disponíveis.

A produção científica atual aponta para uma maior eficácia dos programas que conjuguem sessões de exercício com sessões de educação para a saúde, dos programas com pelo menos duas sessões semanais e dos programas com duração entre oito e dez semanas (GOLD, 2013). As sessões de exercício devem contemplar numa fase inicial os exercícios ventilatórios, seguidos de exercícios de fortalecimento muscular e posteriormente de exercícios de esforço (DSG, 2009; Cordeiro e Menoita, 2012; GOLD, 2013).

A RFR pode assim ser encarada como um *“processo que usa de modo sistemático opções diagnósticas e terapêuticas cientificamente baseadas para conseguir um funcionamento óptimo nas actividades de vida diária e uma qualidade de vida relacionada com a saúde”* (Canteiro e Heitor, 2003, cit. por Cordeiro e Menoita, 2012, p. 59), o que implica a utilização da Prática Baseada na Evidência (PBE) na individualização da aplicação dos exercícios (ver capítulo 1.4).

Salientamos ainda que após o término de um programa de RFR deve ser dada continuidade através da implementação de rotinas de exercício físico ligeiro ou moderado, onde as caminhadas de 30-60 minutos são preferenciais. Caso isto não aconteça, perder-se-ão os ganhos obtidos com a RFR, bastando uma semana de inatividade para perder o que se ganhou em cinco semanas de treino (Cordeiro e Menoita, 2012).

Não é objetivo desta dissertação aprofundar os programas de RFR; para esse efeito, aconselhamos a leitura do quarto e quinto capítulos do livro *“Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória”*, de Cordeiro e Menoita (2012).

Tal como foi já afirmado, a RFR inclui exercícios ventilatórios e sistémicos (Cordeiro e Menoita, 2012). Enquadrados nos exercícios de tipologia ventilatória, surgem um conjunto de exercícios que constam da manipulação auto ou hétero-gerada da caixa torácica, e que podem ser definidos como CR (Heitor et.al., 1988; Cordeiro e Menoita, 2012).

1.2.1. Cinesiterapia Respiratória

A CR é *“uma terapêutica baseada no movimento e, como tal, vai atuar principalmente sobre os fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tenta melhorar a ventilação alveolar”* (Heitor et.al., 1988, p. 2), da qual resulta diminuição da sensação de falta de ar e aumento da qualidade de vida (Osiadło e Dzierzega, 2007), a prevenção/resolução de problemas ventilatórios (Rodrigues et.al., 2012), a permeabilidade das vias aéreas e a eliminação das secreções brônquicas através do movimento (Olazabal, 2003, cit. por Cordeiro e Menoita, 2012).

Como tal, inclui todo e qualquer exercício que interfira diretamente no movimento da caixa torácica, quer seja efetuado pela própria pessoa ou por um profissional de saúde (Heitor et.al., 1988; Cordeiro e Menoita, 2012). No entanto,

não há receitas de técnicas, de exercícios; há efectivamente uma panóplia de princípios científicos, e cabe ao enfermeiro [de reabilitação] a responsabilidade de adaptá-la à individualidade de cada pessoa, e à sua situação clínica, e aos objetivos a alcançar para aquela pessoa em particular (Cordeiro e Menoita, 2012, p. 114), já que *“todas as técnicas são importantes, desde que se tenha o paciente certo, o momento clínico adequado e os objetivos firmados”* (Azeredo, 2002, cit. por Cordeiro e Menoita, 2012, p. 115).

Inclui-se no âmbito da CR o posicionamento terapêutico de relaxamento, onde a caixa torácica é mobilizada através do posicionamento do corpo para otimizar a ventilação, especialmente em situações de pré- crise ou nas exacerbações; segundo Heitor (1998, p. 91)

o objectivo principal da cinesiterapia respiratória será a aquisição dum controlo da respiração e preparação do doente para vencer uma eventual crise através do treino de posições de descanso e relaxamento (...); de técnicas de relaxamento (...) e do ensino do controlo da respiração.

A CR está incluída na RFR, embora alguns autores utilizem estes dois conceitos indistintamente. Porém, e no seguimento da literatura mais recente, será enquadrado para a presente dissertação que a CR engloba apenas os exercícios ventilatórios que envolvam manipulação da caixa

torácica (com os seus componentes anatómicos principais: costelas, vértebras, diafragma e pulmões).

Dada a elevada quantidade de termos descritores desses exercícios, já que “*de acordo com Liebano et.al. (2009), verifica-se na literatura científica falta de padronização na linguagem utilizada para a denominação destas técnicas de Reabilitação respiratória, encontrando-se diversas terminologias para a mesma técnica*” (Cordeiro e Menoita, 2012, p. 114), foi efetuado o cruzamento desses termos com o conteúdo teórico ministrado durante o curso de especialização do autor desta dissertação, bem como o material didático de Padilha et.al. (2012), o que resultou na seguinte categorização:

- Auto-mobilização da caixa torácica:
 - Dissociação dos tempos respiratórios;
 - Ventilação diafragmática;
 - Ventilação com lábios semicerrados;
 - Mobilização dos braços ao ventilar;
 - Basculação do tronco ao ventilar;
 - Exercícios com faixa;
 - Exercícios com bastão;
 - Expiração forçada;
 - Técnica de tosse;
 - Posicionamento terapêutico de relaxamento.

- Hetero-mobilização da caixa torácica:
 - Vibração;
 - Percussão;
 - Manipulação da grade costal;
 - Reeducação diafragmática;
 - Drenagem postural.

(adaptado de Heitor et.al., 1988; Cordeiro e Menoita, 2012; Padilha et.al., 2012)

Mais uma vez, não pretendemos nesta dissertação descrever pormenorizadamente cada um destes exercícios, pelo que remetemos o leitor para o quarto capítulo do livro “Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória”, de Cordeiro e Menoita (2012).

Como dissemos anteriormente, compete ao EEER a adequação da CR à pessoa de quem trata. Embora a CR, enquanto conjunto de exercícios ventilatórios, não seja exclusiva dos enfermeiros, a amplitude dos conhecimentos da disciplina de enfermagem, no âmbito da reabilitação, olha a CR considerando o objeto de intervenção de uma forma holística. O EEER integra na sua tomada de decisão os processos intencionais da pessoa para a prescrição, isto porque acredita e inclui no seu conhecimento que o projeto de saúde é pertença da pessoa, e que isso balizará a sua atitude face aos cuidados que lhe são propostos.

A título de exemplo, para Langer et.al. (2009), autores fisioterapeutas, um dos fatores fulcrais para o sucesso da cinesiterapia respiratória é a fundamentação da prescrição de CR no diagnóstico médico, na medicação, nas comorbilidades (especificamente relacionadas ao exercício) e nos valores de exames laboratoriais (teste de função pulmonar, teste de exercício com eletrocardiograma e dados da saturação de oxigénio).

Já para Cordeiro e Menoita (2012), autoras enfermeiras de reabilitação, a CR deve ser individualizada tendo em conta vários aspetos, como “*a patologia, o grau de gravidade do problema, a idade, a capacidade de aprendizagem, (...) os processos de motivação da pessoa, entre outros*” Cordeiro e Menoita (2012, p. 62). Como se pode verificar, as autoras valorizam aspetos como a motivação da pessoa, incorporando-os nos dados considerados fundamentais para a prescrição, trabalhando e negociando com a pessoa os planos terapêuticos propostos e as expectativas pessoais face aos mesmos.

Dos dois parágrafos anteriores sobressaem dois pontos: (a) em ambas as áreas disciplinares vertente patológica é incontornável e, para Langer, fulcral; (b) é notória a inclusão dos aspetos nucleares da disciplina de enfermagem nos dados valorizados por Cordeiro e Menoita, tais como a capacidade para aprender e a motivação da pessoa.

Com isto em mente, abordamos de seguida a Enfermagem de Reabilitação.

1.3. Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação é uma especialidade de Enfermagem, adquirida por via académica em cursos de pós-graduação específicos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011a, p. 8658),

a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.

A Enfermagem de Reabilitação em Portugal remonta aos anos 50, altura em que surgiu *“a necessidade de construir um centro de reabilitação, para preencher a lacuna existente no nosso país quanto ao tratamento de grandes deficientes motores (...) e de preparar pessoal especializado”* (OE, 2003, p. 12). Surge assim, em 1964, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e o convite às enfermeiras Maria da Graça Semião, para Enfermeira-superintendente, e Maria de Lurdes Sales Luís, para Enfermeira-geral, as quais fizeram a respetiva especialização em Enfermagem de Reabilitação, em Worm Springs, nos EUA, entre 1963 e 1964 (OE, 2003).

Foi precisamente a enfermeira Sales Luís que dirigiu o Curso de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação enquadrado na Escola de Reabilitação (OE, 2003), dando início à formação nacional de EEERs.

O 1.º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com duração de 34 semanas e datado de 1965, destinou-se a formar enfermeiros que ficariam a exercer a atividade profissional no CMRA (OE, 2003). Com base no programa desse curso, foi elaborado o primeiro plano de estudos de âmbito nacional, que obteve aprovação a 10 de Maio de 1967 e que contava com a duração de 42 semanas - 20 com disciplinas teórico-práticas e 22 de estágio (OE, 2003).

Desde essa altura, a formação especializada em Enfermagem de Reabilitação sofreu várias alterações e oscilações, culminando nos atuais Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CPLEER) e nos Mestrados em Enfermagem de Reabilitação (MER).

Concomitantemente às alterações produzidas na formação dos EEER, foram também surgindo mudanças no seu conteúdo funcional e no seu âmbito de atuação. Estas mudanças culminam na publicação em 2011 do *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* pela Ordem dos Enfermeiros (OE), onde se lê que

o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (OE, 2011b, p. 8658).

Isto mesmo é corroborado por Cordeiro e Menoita (2012, p. 115), autoras EEERs, que afirmam que

a nossa intervenção como enfermeiros especialistas de Reabilitação tem objectivos firmados em evidência científica na prática de Enfermagem de Reabilitação, que se traduzem efectivamente em ganhos em saúde, e a nossa leitura deverá ser uma leitura crítica e reflexiva neste contexto e adequada a cada situação e contexto clínico.

Ora, sendo a RFR um “*processo que usa de modo sistemático opções diagnósticas e terapêuticas cientificamente baseadas*” (Canteiro e Heitor, 2003, cit. por Cordeiro e Menoita, 2012, p. 59), torna-se claro que a RFR se integra completamente no perfil de competências do EEER.

Não podemos terminar este capítulo sem constatar o evidente: o EEER é, antes de mais, um enfermeiro; ou seja, aquilo que o perfil de competências do EEER define, define-o em complemento ao que já está assumido como competências do enfermeiro, o que determina que o percurso formativo de um EEER contempla cinco a seis anos (quatro anos de formação base e um a dois anos de CPLEEER ou MER), sendo cerca de metade desse tempo prática clínica em contexto real. Significa isto que o EEER detém uma formação académica extensa, a qual engloba uma componente muito significativa de prática clínica.

No que concerne à produção científica, uma pesquisa do descritor *rehabilitation nursing* (parte integrante dos CINAHL Subject Headings) através da plataforma EBSCO, com inclusão das principais bases de dados, retribui 3903 resultados, com amplitude cronológica de 1944 a 2013.

Demonstra isto que os EEER produzem conteúdo científico, embora um refinamento da pesquisa para o âmbito nacional tenha devolvido apenas nove resultados. É por isso imperativo que os EEER portugueses publiquem mais, parafraseando Arminda Costa, *“por uma maior eficácia e utilidade social e um melhor reconhecimento da profissão pela população, pelos parceiros profissionais e pelos poderes políticos”* (Costa, Gomes e Martins, 2010, p. 9).

Outra lacuna da Enfermagem de Reabilitação que urge colmatar é a ausência de uma linguagem comum e uniformizada entre os EEER, o que leva à pertinência da criação de um Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem de Reabilitação (Petronilho, 2012) que possa ser catalisador da investigação e promotor da integração dessa mesma investigação na prática clínica.

Nesse contexto, não nos podemos deixar de inquietar com a ausência de publicações científicas que versem diretamente sobre a temática da presente dissertação (ver capítulo 1.6), inquietação essa que foi um dos motes principais para que o presente estudo fosse levado a cabo.

Do exposto, podemos inferir que o EEER possui as competências académicas e técnicas para prescrever, implementar, executar e avaliar programas de reabilitação respiratória, nos quais, e segundo Heitor et.al. (1988) e Cordeiro e Menoita (2012), se enquadra a CR. Para isso, o EEER necessita de tomar decisões, as quais resultam de um processo racional e na prescrição/implementação/execução de intervenções (OE, 2011a).

1.4. Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem

A tomada de decisão é um processo complexo, inerentemente humano, sendo transversal a todos os domínios da sua existência. Como afirma Braga (2010, p. 10), *“tomar decisões faz parte de qualquer atividade humana, desde a ação individual mais simples e rotineira, à ação conjunta e complexa de qualquer organização”*. No fundo, a tomada de decisão é uma escolha entre alternativas (Thompson e Dowding, 2002, cit. por Banning, 2006).

Porém, a tomada de decisão reveste-se de um cariz completamente diferente quando associada ao contexto clínico. Surge assim o conceito de tomada de decisão clínica (TDC), onde a tomada de decisão pode resultar em ganhos ou prejuízos para pessoas que necessitam de cuidados de saúde (Buckingham e Adam, 2000). Isto acarreta responsabilidade aos profissionais de saúde, os quais devem dotar a sua tomada de decisão do suporte necessário à sua eficácia (Banning, 2006).

No contexto da enfermagem, a TDC é, segundo alguns autores, sinónimo de processo de raciocínio diagnóstico (Jesus, 2004), onde o enfermeiro analisa a informação de que dispõe para elaborar um diagnóstico de enfermagem e agir em conformidade com o mesmo.

Tomar uma decisão implica, antes de tudo, a apropriação dos dados relevantes para esse efeito, dados esses que serão sujeitos a um processo de análise; ou seja, *“tomar decisões é o final da etapa conduzida pelo raciocínio”* (Silva, 2011, p. 30), estando a tomada de decisão em Enfermagem implicitamente ligada ao objeto de estudo da própria disciplina (Silva, 2011). Porém, a apropriação de dados não é sinónimo de colheita de dados novos, já que devem ser considerados os dados que são já propriedade do decisor e que podem ser mentalmente mobilizados para o efeito (Silva, 2011).

Com base no anteriormente descrito, pode-se definir o processo de tomada de decisão em enfermagem como a atividade intencional de apropriação dos dados com relevância, definição do foco, enunciação do diagnóstico e implementação da(s) intervenção(ões) adequadas, pois como nos diz a OE (2011c, p. 12) nos seus Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

A literatura científica é vasta relativamente ao processo de tomada de decisão, às suas etapas e até mesmo à sua designação. Como afirma Thompson, cit. por Jesus (2004, p. 28),

relativamente ao processo de decisão na enfermagem, numerosas expressões têm sido utilizadas pelos autores para o que é, na essência, o mesmo fenómeno: decisões tomadas por enfermeiros, relacionadas diretamente com diagnósticos de enfermagem ou intervenções em contextos clínicos". Assim, encontramos termos como "juízo clínico" (Benner e Tanner, 1996), "inferência clínica" (Hammond, 1964), "raciocínio clínico" (Grobe et.al., 1991) e "raciocínio diagnóstico" (Radwin, 1995).

Tal como na divergência de designação, a literatura científica é profícua na descrição da conceção teórica do processo de TDC, de onde emergem vários modelos. Silva (2011), descreve quatro modelos de TDC analítico-racional, processamento da informação, intuição e *continuum* cognitivo. Já Banning (2006) e Bjørk e Hamilton (2011) descrevem três abordagens teóricas: o modelo de processamento da informação, o modelo intuitivo-humanista e o modelo de tomada de decisão clínica de O'Neill. Buckingham e Adam (2000) defendem a divisão entre modelo hipotético-dedutivo e modelo intuitivo, enquanto Harbinson (2001) aponta os modelos hipotético-dedutivo e o *continuum* cognitivo.

Contudo, ao analisarmos os documentos publicados pelos autores referidos, verificamos que algumas terminologias divergentes são representativas do mesmo modelo, o que leva à seguinte enumeração dos modelos de TDC:

- a) Modelo analítico-racional, ou hipotético-dedutivo;
- b) Modelo de processamento da informação, similar ao analítico-racional mas que contempla a experiência do decisor;
- c) Modelo da intuição, ou intuitivo-humanista;
- d) Modelo do *continuum* cognitivo, onde se enquadra o modelo de TDC de O'Neill.

A teoria da tomada de decisão analítico-racional, defendida por vários autores como Bandman e Bandman, segundo Silva (2011, p. 30),

corresponde a um modelo sistematizado, aplicável a diferentes situações, e é suportado por pressupostos tais como: o pensamento precede a atividade, a decisão/conclusão pode ser alcançada através da análise da situação e toda a informação importante para a decisão pode ser expressa, ou seja, o decisor é capaz de tornar explícitos os argumentos que suportaram a conclusão do raciocínio.

No fundo, aborda o processo de tomada de decisão como um processo linear, *“um processo sequencial de etapas que se inicia com o reconhecer e definir o problema, reunir informação relevante, criar possíveis conclusões, testar hipóteses e avaliar as conclusões”* (Silva, 2011, p. 30).

Integrado neste modelo, Fortin (2009, p. 512-513) identifica seis etapas no processo de tomada de decisão, com base na produção teórica de vários autores:

- 1) *Formular uma questão que diga respeito a um problema de saúde apresentado por um paciente* (Flemming, 1998; Titler et.al. , 2001);
- 2) *Procurar, de forma sistemática, os dados probantes a utilizar para responder à questão* (McKibbin e Mark, 1998a e 1998b);
- 3) *Avaliar a utilidade, a validade e a aplicabilidade dos dados de investigação;*
- 4) *Associar os dados probantes com outras formas de informação susceptíveis de orientar o tratamento do problema de saúde (especialização clínica, preferência do paciente por uma qualquer forma de cuidados, recursos disponíveis)* (DiCenso, Cullum e Ciliska, 1998);
- 5) *Aplicar a decisão fundada sobre dados probantes;*
- 6) *Avaliar os resultados da decisão.*

Segundo Buckingham e Adam (2000) e Banning (2006), este modelo é baseado num processo racional e explícito, com base em dados concretos, objetivos e identificáveis (*clinical cues*), dos quais resultam uma ou mais hipóteses de solução e cujo desenrolar é claro e descritível desde o seu início até à tomada efetiva da decisão. Este modelo é mais utilizado por enfermeiros com pouca experiência clínica.

Já a teoria do processamento da informação, que inclui Carnevalli e Thomas ou Sirkka e Sanna na lista de autores que a defendem,

é baseada em estudos de resolução de problemas humanos. A eficiência do pensamento humano e atividade humana dependem, por um lado, da capacidade do indivíduo em identificar os elementos de informação relevantes para a situação e, por outro lado, da capacidade do indivíduo para produzir novas soluções que podem abrir novas perspectivas de resolução (Silva, 2011, p. 31).

A resolução de problemas, à luz desta teoria, *“usa o conhecimento anterior que o indivíduo adquiriu acerca de problemas e áreas relevantes”* (Silva, 2011, p. 31), o que leva à identificação dos conceitos de *memória de trabalho* (utilizada no processo de análise e de inferência sobre os dados disponíveis no momento presente), de *memória a longo prazo* (que se

constitui a partir de um processo temporal de memorização, significação e organização da informação trabalhada na memória de trabalho) e de *memória de produção* (não é concretamente um tipo de memória por não representar armazenamento de informação, mas sim o processamento conjunto e interoperacional de informação advinda dos outros dois tipos de memória).

Salientamos que o modelo de processamento da informação prevê, tal como o modelo analítico-racional, a utilização de dados concretos e mensuráveis, os quais complementa com dados que o decisor possui e que foram apropriados ao longo do tempo pela interação dos tipos de memória descritos. Aliás, e de acordo com Buckingham e Adam (2000) e Banning (2006), uma das fragilidades do modelo de processamento da informação é precisamente essa necessidade de dados concretos e objetivos que fundamentem a decisão, dados esses que nem sempre estão disponíveis na prática clínica, onde é frequente haver algum grau de incerteza (Silva, 2011).

O modelo da intuição, defendido por autores como Benner, *“caracteriza-se (...) pelo facto do conhecimento ser imediato, surgir como um todo, a atividade preceder o pensamento, e o uso de estratégias formais de tomada de decisão terem utilidade limitada”* (Silva, 2011, p. 33). Diz-nos ainda Silva (2011, p. 33) que

a intuição é apanágio dos profissionais cuja expertise é sustentada por uma memória de produção ágil e nos quais o uso repetido desta rede de trabalho lhes permite mobilizar a informação na sua área de expertise tão rapidamente que a memória de longo prazo torna-se uma extensão da memória de trabalho.

Nesta perspetiva, a intuição baseia-se no *“reconhecimento de padrões baseado em inúmeras experiências similares anteriormente vividas”* (Silva, 2011, p. 33).

Banning (2006) corrobora, ao afirmar que o modelo intuitivo-humanista baseia-se na intuição e na relação entre a experiência do enfermeiro e o conhecimento adquirido por essa mesma experiência, o qual enriquece a sua capacidade de tomada de decisão ao longo do seu percurso profissional. No fundo, este modelo prevê a compreensão sem racionalização, através de uma percepção imediata baseada em padrões percebidos e adquiridos ao

longo do percurso profissional. Há autores que defendem que o reconhecimento de padrões se faz a um nível consciente, enquanto a intuição se processa a um nível subconsciente; no entanto, esta divisão não é consensual e não releva para o presente estudo.

Este modelo tem tido algumas críticas devido à sua aparente falta de fundamento objetivo, dado que não se baseia na colheita de dados clínicos concretos e mensuráveis (Banning, 2006); no entanto, vários estudos indiciam (embora não evidenciem com clareza) que o processo de TDC intuitiva produz ganhos em saúde que não seriam possível se apenas fosse usado o modelo analítico-razional.

No entanto, dada a validade e pertinência dos vários modelos apresentados, há autores que defendem que o processo de tomada de decisão assume características de todos eles. Buckingham e Adam (2000) advogam mesmo que o processo de tomada de decisão clínica tem sido encaixotado em quadros teóricos, com a medicina a ser associada ao modelo hipotético-dedutivo e a enfermagem a ser identificada com o modelo intuitivo-humanista; no entanto, e ainda segundo os mesmos autores, o ser humano não consegue modular o seu processo mental de acordo com o modelo que quer usar, o que leva a que na prática clínica se verifique a utilização destes dois modelos mesmo sem intenção por parte do profissional de saúde.

Nessa linha de pensamento, autores como Hammond apresentam a teoria do *continuum* cognitivo (anexo 1), que defende que

a maioria dos processos cognitivos não é, nem puramente analítica nem puramente intuitiva. Nesta perspetiva, situam-se algures num continuum entre os dois pólos, sendo a sua localização dependente das características da tarefa, ou seja, do contexto da decisão e do nível de proficiência do profissional (Silva, 2011, p. 32).

Segundo Harbison (2001), é evidente que a teoria do *continuum* cognitivo abala a conceptualização mais racional e tradicional da tomada de decisão em enfermagem, podendo inclusivamente ser postas em causa as decisões tomadas nessa teoria. No entanto, a omissão da clareza dos passos utilizados na tomada de decisão é compensada pela constatação dos resultados obtidos, os quais devem ser a medida primordial de avaliação das decisões tomadas pelos enfermeiros com base nesta teoria.

Ainda na linha do modelo do *continuum* cognitivo, Banning (2006) aborda o modelo de tomada de decisão clínica de O'Neill, um híbrido entre os modelos do processamento da informação e intuitivo-humanista e que tenta conjugar os aspetos positivos de cada um para fortalecer a tomada de decisão do enfermeiro. Neste modelo, os dados clínicos objetivos e mensuráveis (*clinical cues*) são associados aos processos de reconhecimento de padrões e intuição, com inclusão da previsão e gestão de risco clínico, bem como da especificidade e individualidade de cada situação clínica, de forma a dotar as hipóteses formuladas de maior consistência, da qual resultará uma decisão mais acertada.

Não podemos deixar de referir que as decisões baseadas na teoria do *continuum* cognitivo, bem como da decisão por intuição, podem ser enviesadas pelas disposições afetivas e tendências empíricas do enfermeiro, o que pode levar a decisões menos acertadas (Harbison, 2001), as quais podem ser difíceis de explicar pela falta de dados objetivos que sustentem racionalmente a decisão.

Independentemente do modelo que se adote ou preconize, há um fator fulcral que emerge de todos os modelos apresentados: a informação. E atendendo a que a informação pode ser definida como o resultado da análise de dados, ou seja, informação é um dado bruto depois de processado (Serra, 2007), podemos inferir que o processo de tomada de decisão em enfermagem é baseada em informação colhida ou detida pelo enfermeiro, e que pode ser definida como “*um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado, que quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor*” (Sousa, 2005, p. 34).

Segundo o mesmo autor, este conhecimento “*habilita para desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto*”, e resulta do “*conjunto de dados (...) designado por informação. A informação após ser assimilada, interiorizada e processada conduz ao conhecimento*” (Sousa, 2005, p. 34).

Torna-se assim evidente que o processo de tomada de decisão em enfermagem não pode ser resumido ao processo em si, dado que parte significativa da sua eficácia se prende com os conhecimentos anteriores que o enfermeiro detém. Assim, mais do que comparar modelos, importa compreender o que influencia e otimiza a tomada de decisão em enfermagem, já que

nada existe na metodologia do processo de enfermagem que impeça a sua utilização dinâmica ou restrinja o pensamento intuitivo ou criativo, antes pelo contrário, requer estratégias de raciocínio tanto dedutivas como indutivas para apreciar, planejar, implementar, documentar e avaliar os cuidados de modo efetivo (Attree e Murphy, 1999, cit. por Jesus, 2004, p. 30).

Não podemos, porém, deixar de refletir sobre a necessidade de a Prática Baseada na Evidência (PBE) orientar a prática clínica no domínio da saúde. A OE (2006, p. 1) define

a prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

Quer isto dizer que embora o processo de tomada de decisão do enfermeiro possa assumir um carácter intuitivo, Jesus (2004, p. 34) relata

a importância da componente analítica para a qualidade da prática clínica, na qual se possa conhecer as bases da decisão. Thompson e Thompson (2001), Takemura e Kanda (2003), Dowding e Thompson (2003), Thompson (2003) e Estabrooks (2003) salientam, igualmente, a importância do conhecimento e de uma decisão baseada na evidência, embora incluindo a experiência e as preferências do utente naquele processo.

Também Fortin (2009, p. 512) defende a utilização da PBE ao falar da TDC com base nos dados probantes, ou seja, dos “*dados mais recentes com vista à tomada de decisões no que concerne aos cuidados a prestar ao pacientes*” e advoga ainda a “*combinação da competência clínica individual e dados probantes provenientes da investigação*”. O mesmo é defendido por Thompson et.al. (2004, p. 68) ao dar ênfase ao processo de tomada de decisão baseado na evidência: “*Evidence-based decision making involves combining the knowledge arising from one’s clinical expertise, patient preferences, and research evidence within the context of available*

resources”, que os autores alegam ter utilidade na redução da incerteza associada à decisão clínica.

Do exposto pode-se concluir que o processo de tomada de decisão em enfermagem é complexo, baseado em informação que resulta da análise de dados, tendencialmente não-linear, alicerçado (não só mas) também na PBE e indissociável da conjugação entre a formação académica/contínua, a experiência clínica do enfermeiro e o ambiente que contextualiza a decisão.

Não podemos encerrar este capítulo sem refletir sobre algo óbvio: atendendo à questão de partida do presente estudo, a qual incide sobre os dados valorizados pelo EEER, é inegável o assumir dos modelos analítico-racional e do processamento da informação como base da nossa investigação; porém, isto não representa a preferência dos autores deste estudo nem significa que defendamos que os EEER utilizam primordialmente esses modelos na sua TDC. Simplesmente são os modelos que permitem uma operacionalização menos complexa do nosso estudo e um menor enviesamento dos resultados da investigação.

Por fim, importa referir que todo e qualquer processo de tomada de decisão em Enfermagem só é possível quando alicerçado no conceito de autonomia em Enfermagem, o qual abordamos de seguida.

1.5. Autonomia em Enfermagem

Segundo os Descritores de Ciências da Saúde da National Library of Medicine (2013), a autonomia profissional é a qualidade ou estado de ser independente e autodirecionado, especialmente na tomada de decisões, habilitando os profissionais a exercer julgamentos segundo o que entendem adequado no desempenho das suas funções.

Atendendo a que esta qualidade de ser independente e auto-direcionado deve ser reconhecida socialmente, nomeadamente através da atribuição pelo poder político da regulação profissional à própria profissão, podemos afirmar inequivocamente que a Enfermagem é reconhecida como uma profissão autónoma desde a criação do REPE em 1996 (Dec Lei 161/96

de 6 de setembro, artigo 8º, alínea 3), a integração do ensino de enfermagem a nível do ensino superior e *“a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998 onde o Estado considera que a enfermagem é uma profissão que merece o reconhecimento suficiente para se poder regular nos seus aspectos deontológicos e disciplinares”* (Abreu, 2001, cit. por Ribeiro, 2011, p. 11).

Ora, sendo a autonomia profissional em Enfermagem *“a capacidade do enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto-determinada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticos da profissão”* (Ribeiro, 2011, p. 40), torna-se incontornável a apropriação dos documentos legais que estabelecem os aspetos deontológicos da profissão de Enfermagem.

A Enfermagem em Portugal é regulada deontológica, jurídica e conceptualmente por vários documentos da responsabilidade das associações profissionais, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros (OE), a citar:

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro e com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril;
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, alterado e republicado como Anexo à Lei nº 111/2009, de 16 de setembro; este documento inclui o código deontológico da Enfermagem;
- Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, aprovado em 2002 e reestruturadas e aprovadas na Assembleia Geral Extraordinária da OE em 22 de Outubro de 2011;
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, publicado em 18/2/2011);
- Regulamentos específicos de cada área de Especialidade em Enfermagem, que complementam o documento anterior e que foram publicados na mesma data;
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Ao analisar o primeiro documento (REPE), vemos que o nº 3 do artigo 8º define os dois princípios basilares para o exercício profissional da

Enfermagem: o princípio da autonomia de exercício profissional e o princípio da complementaridade funcional na articulação com os demais profissionais de saúde (OE, 2012). Significa isto que o exercício profissional do enfermeiro oscila entre dois polos: a prescrição de cuidados e a execução de cuidados prescritos por outros profissionais, como se pode ler nos n.ºs 2 e 3 do artigo 9º do mesmo documento:

2 - Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3 - Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas. (OE, 2012, p. 18)

Desta forma, torna-se explícito e inteligível que, no seu âmbito de atuação próprio, os enfermeiros podem decidir e intervir autonomamente, ou seja, sem a participação de outros profissionais, já que “*uma ação de enfermagem autónoma é o diagnóstico e o tratamento dum fenómeno que os enfermeiros podem tratar porque possuem autoridade para tal*” (Ribeiro, 2011, p. 42).

Assim sendo, é fulcral definir qual o âmbito de atuação próprio da enfermagem, pois só assim se poderá destringir as ações autónomas das ações interdependentes, fazendo-o com propriedade e fundamento. Segundo a OE (2012, p. 11), e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Quer isto dizer que a atividade autónoma do enfermeiro se prende com a inteligência do significado que cada pessoa, família ou comunidade atribui às variações inerentes ao contínuo saúde-doença, acompanhando-a e

sustentando o seu processo de adaptação entre o que era e o que ela pretende que seja.

No entanto, é incontornável que a edificação do âmbito autónomo da Enfermagem (assim como para com qualquer profissão) passe pela construção de conhecimento; como nos diz Ribeiro (2011, p. 47), *“grande parte da construção da autonomia é sustentada pelo conhecimento criado pelos enfermeiros e, o que gera esse conhecimento, é a investigação realizada no âmbito das ciências de enfermagem”*. O conhecimento em enfermagem é de tal forma relevante que é considerado a pedra basilar da prestação de cuidados (autónomos ou interdependentes), estando os enfermeiros *“obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos”* (OE, 2012, p. 72).

A vertente autónoma da Enfermagem (leia-se, da prestação de cuidados de enfermagem autónomos, da responsabilidade prescritiva da enfermagem) surge assim como uma nova forma de conceptualizar cuidados de enfermagem; a autonomia em Enfermagem não é sinónimo de “enfermeiros a fazer coisas sozinhos”, mas sim de um desenvolvimento concetual com base em conhecimento próprio disciplinar com enfoque no projeto de saúde de cada pessoa, família ou comunidade, e para a qual produz e detém um conhecimento científico sobre fenómenos específicos da prática de enfermagem, tal como cuidar sob esse paradigma.

Daqui se entende que os enfermeiros saibam, façam e sejam reconhecidos por um espectro de intervenções diferente do que está inerente aos outros profissionais de saúde. Daí serem autónomos no seu âmbito próprio de atuação, daí serem imprescindíveis para quem necessita de cuidados de saúde.

No entanto, a autonomia em Enfermagem implica, em igual grau, a responsabilidade pelos cuidados prestados, tal como se verifica na alínea b) do Artigo 79º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que determina que o enfermeiro assume o dever de *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”* (OE, 2012, p. 75). Convém salientar que decidir não-decidir (Silva, 2000) é por si só uma decisão, e que se a decisão de não-decidir privar a pessoa de cuidados de que necessita, levará

de igual modo à responsabilização por negligência (leia-se não prestação) de cuidados de saúde.

Ora, e voltando aos parágrafos anteriores, se é dever do enfermeiro ser detentor e gerador de conhecimento, e se é através da investigação em Enfermagem que esse conhecimento deve ser gerado, logo se conclui que o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos sobre investigação para que se torne agente pró-ativo na construção da autonomia da sua própria profissão.

De forma a sintetizar o que foi dito até ao momento, foi criado o esquema retratado na figura 2, que vai permitir ter um olhar mais analítico para o estudo que se vai seguir. O esquema contempla os conceitos que integram o enquadramento teórico deste estudo (DPOC, RFR, CR, enfermagem de reabilitação, processo de tomada de decisão em enfermagem e autonomia em enfermagem), para cada um dos quais apresenta os aspetos fulcrais e entre os quais descreve as ligações, interações e fluxos, de forma a facilitar graficamente a perceção do contexto teórico subjacente a esta dissertação.

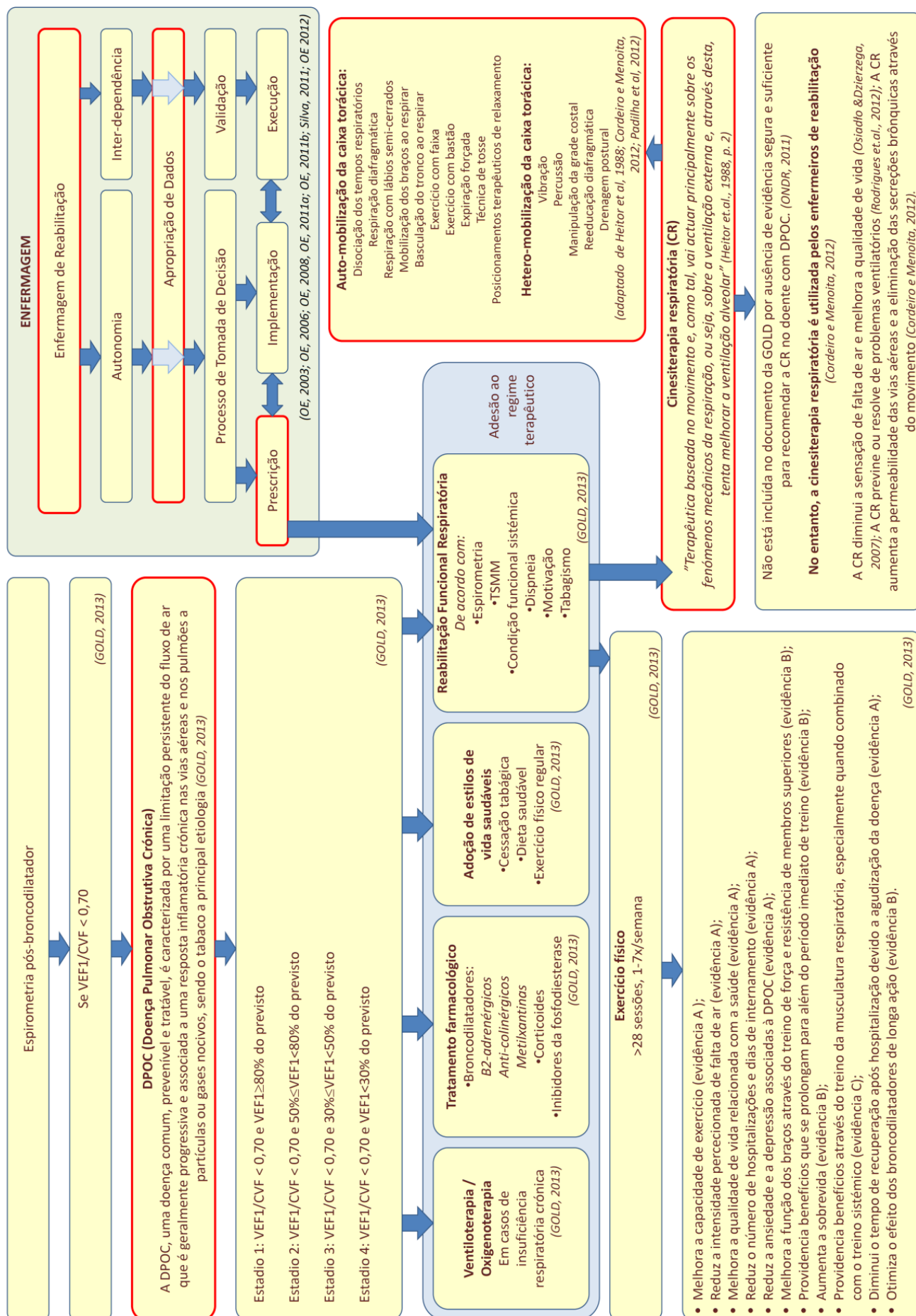


Figura 2 - Perspetivas teóricas

1.6. Prescrição de Cinesiterapia Respiratória por Enfermeiros de Reabilitação na Pessoa com DPOC

Não podíamos encerrar este enquadramento teórico sem abordar em concreto a questão de partida deste estudo: *Numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória?*

Dissecando a questão, identificamos vários conceitos: DPOC, dados clínicos, enfermagem de reabilitação, prescrição de cuidados e cinesiterapia respiratória. Como base de uma pesquisa nas bases científicas, foram selecionados destes conceitos três nucleares: DPOC, enfermagem de reabilitação e cinesiterapia respiratória. Este último apresenta várias expressões em língua inglesa aplicáveis e que emergem da bibliografia consultada: *chest physical therapy*, *chest physiotherapy*, *chest kinesiotherapy*, *pulmonary kinesiotherapy* e *respiratory kinesiotherapy*. Foi também considerado o termo *pulmonary rehabilitation*, que corresponde em português à RFR, a qual inclui a CR.

Assim, foi efetuada uma pesquisa nas bases científicas de maior relevo (a partir da Nursing & Allied Health Collection da EBSCO, que inclui as bases de dados CINAHL, MEDLINE, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane, LISTA, MedicLatina, Health Technology Assessments e NHS Economic Evaluation Database) dos descritores *rehabilitation nursing*, *COPD*, *pulmonary rehabilitation*, *chest physical therapy*, *chest physiotherapy*, *chest kinesiotherapy*, *pulmonary kinesiotherapy* e *respiratory kinesiotherapy*. Esta pesquisa foi efetuada recorrendo a diferentes conjugações, de forma a identificar os artigos relevantes para a temática em causa, as quais se resumem na seguinte tabela:

DESCRITORES			Artigos	Observações
	AND	AND		
rehabilitation nursing	CPOD		27	
rehabilitation nursing	CPOD	pulmonary rehabilitation	16	Nenhum artigo aborda a prescrição de CR
rehabilitation nursing	chest physical therapy		3	Não abordam a prescrição de CR; só 1 aborda a DPOC
rehabilitation nursing	CPOD	chest physical therapy	1	Artigo de revisão da literatura, que não aborda a prescrição de CR
rehabilitation nursing	COPD	chest pshysiotherapy	0	
rehabilitation nursing	COPD	chest kinesiotherapy	0	
rehabilitation nursing	COPD	pulmonary kinesiotherapy	0	
rehabilitation nursing	COPD	respiratory kinesiotherapy	0	
COPD	chest physical therapy		21	A maioria dos artigos é de Fisioterapia; Só 1 especifica a Enfermagem de Reabilitação
COPD	chest pshysiotherapy		69	A maioria dos artigos é de Fisioterapia; Nenhum artigo especifica a Enfermagem de Reabilitação
COPD	chest kinesiotherapy		0	
COPD	pulmonary kinesiotherapy		0	
COPD	respiratory kinesiotherapy		1	Artigo de Fisioterapia, que aborda os benefícios da CR mas não contempla a sua prescrição

Tabela 1 - Revisão bibliográfica do estudo

A análise da tabela torna clara a ausência de artigos científicos que conjuguem os três descritores fulcrais para o nosso estudo: a DPOC, a enfermagem de reabilitação e a CR. Existem, porém, artigos que abordam a realização de programas de RFR por EEER, mas em nenhum deles está especificada a CR.

Podemos também refletir, a partir da mesma tabela, sobre a produção científica que a fisioterapia tem realizado nos últimos anos no que concerne à DPOC e à cinesiterapia respiratória; mais uma vez, e no seguimento do exposto no capítulo 1.2.1, é interessante verificar que a

maioria desses artigos aborda a execução da CR ou a sua prescrição com base nas condicionantes biomédicas da DPOC.

Salvaguardamos que o parágrafo anterior não pretende afirmar que o modelo biomédico alicerça os fundamentos teóricos da fisioterapia; fizemos apenas uma constatação inerente à análise dos artigos em causa, sem ser nossa intenção a generalização dessa averiguação.

Mesmo quando alargamos a nossa pesquisa bibliográfica aos livros publicados, verificamos que as obras de referência para a temática em questão (Heitor et.al., 1998; Cordeiro e Menoita, 2012) não especificam a prescrição de CR por EEER, embora sejam descritos os parâmetros clínicos a ter em conta nos programas de RFR (Cordeiro e Menoita, 2012) e que se encontram resumidos no capítulo 1.2.

Mediante o descrito, julgamos ser seguro dizer que o presente estudo incide numa temática muito pouco explorada e com ausência de bibliografia acessível à data atual: a prescrição de CR por EEER para a pessoa com DPOC. Face a isto e atendendo ao enfoque dado pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) à gestão da DPOC, bem como ao facto de ser uma doença passível de ser estabilizada por estratégias não farmacológicas (entre outras), de entre as quais a CR, assumimos como pertinente estudar a prescrição pelos EEER de CR dirigida à pessoa com DPOC.

Será esta a finalidade do nosso estudo: averiguar quais os dados que os EEER valorizam quando prescrevem CR a uma pessoa com DPOC.

CAPÍTULO 2 - DESENHO DO ESTUDO

Nesta parte da dissertação, descrevemos o objeto de estudo, o tipo de estudo, a população e amostra, o método de recolha de dados, o método de análise dos dados e os aspetos éticos em causa. Ao longo do capítulo, procedemos a uma abordagem das opções metodológicas, em especial do grupo focal, especificando o contexto, a seleção dos participantes e os procedimentos utilizados para a produção e análise dos dados, procurando justificar as decisões tomadas no desenvolvimento da investigação.

2.1. Objeto de estudo

A investigação científica constitui o meio por excelência para adquirir novos conhecimentos, de forma a encontrar respostas para questões precisas. A investigação consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos, num processo racional que visa a aquisição de conhecimentos (Fortin, Côté e Filion, 2009). Assim sendo, justifica-se a realização de um estudo de investigação sempre que se verifique a necessidade que construir novo conhecimento, nas áreas ou temáticas onde ele é deficitário.

Segundo (Quivy e Campenhoudt, 2005, p. 90), *“na prática, construir a sua problemática [da investigação] equivale a formular os principais pontos de referência teóricos da sua investigação, a pergunta que estrutura finalmente o trabalho, os conceitos fundamentais e as ideias gerais que inspirarão a análise”*.

Tendo isso em mente, relembramos que ficou patente no capítulo 1.6 que a pesquisa bibliográfica revelou uma ausência de artigos científicos ou livros que abordem a prescrição de CR por EEER dirigida à pessoa com DPOC, o que justifica a realização do presente estudo na perspetiva da produção de novo conhecimento.

No entanto, nem tudo o que não existe é pertinente ser estudado, pois é fundamental orientar a investigação para *“estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de Enfermagem gerais e especializados e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de conceção dos enfermeiros”* (OE, 2006, p. 3).

Sendo a DPOC uma das doenças crónicas cuja prevalência se prevê aumentar nos próximos anos (ONDR, 2011; GOLD, 2013), passível de ser estabilizada através de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas (DGS, 2009; GOLD, 2013), facilmente se demonstra a pertinência deste estudo, dado que pretende explorar conhecimento novo relacionado com a doença e com as pessoas portadoras da mesma.

A DPOC acarreta alterações pulmonares e extrapulmonares, que levam à dispneia e à diminuição da capacidade muscular esquelética, as quais se interligam numa espiral de mútua potenciação (Cordeiro e Menoita, 2012), o que leva ao sedentarismo, incapacidade funcional e DALYs (GOLD, 2013). As exacerbações associadas à DPOC são a principal causa de internamento por esta doença e são responsáveis pela maior parte dos custos diretos e indiretos que lhe estão associados (ONDR, 2012).

DPOC é ainda *“uma patologia crónica que afeta os clientes na sua qualidade de vida, provocando limitações funcionais que levam à diminuição progressiva da capacidade de realizar as atividades do quotidiano”* (Alves, 2012, p. 37), o que implica um profundo impacte no autocuidado. Depreende-se assim que a pessoa com DPOC é um foco por excelência para a enfermagem, não devido ao seu contexto biomédico, mas pelas alterações que imputa na pessoa e pelo processo de adaptação que lhe está inerente (Meleis, 2010).

As estratégias não-farmacológicas de controlo da DPOC incluem os programas de RFR (DGS, 2009; GOLD, 2013). Embora a RFR inclua a CR, que consiste em exercícios auto e hetero-gerados de manipulação mecânica da caixa torácica (Heitor et.al., 1988; Cordeiro e Menoita, 2012), a estratégia GOLD não inclui a CR nas suas orientações por fraca evidência científica da sua eficácia (ONDR, 2011), ainda que a CR seja prescrita e utilizada

amplamente pelos EEER (Cordeiro e Menoita, 2012) e da qual resulte diminuição da sensação de falta de ar e aumento da qualidade de vida (Osiadło e Dzierzega, 2007), a prevenção/resolução de problemas ventilatórios (Rodrigues et.al., 2012) e o aumento da permeabilidade das vias aéreas e da eficácia do expetorar (Olazabal, 2003, cit. por Cordeiro e Menoita, 2012).

Pelo supra-descrito se depreende que a prescrição de CR pelos EEER é pertinente na abordagem da pessoa com DPOC e que não há produção científica sobre essa temática, o que justifica a realização de estudos que colmatem esta lacuna ao nível da evidência científica, dos quais é exemplo a presente investigação.

Consideramos assim justificado o presente estudo, dado que *“justificar a investigação, é demonstrar que ele [o tema] responde às preocupações actuais, que pode ser útil para a prática profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos”* (Fortin, Côté e Filion, 2009, p. 80).

Dado que a temática em causa envolve cuidados de enfermagem, é incontornável abordar a linguagem que lhe está inerente. A OE determina que os enfermeiros documentem o seu processo de diagnóstico e de intervenção com recurso à taxonomia CIPE® (OE, 2004); também a DGS (2011) determina a utilização da taxonomia CIPE® no seu Programa Nacional de Acreditação em Saúde; por seu lado, o Ministério da Saúde demanda a organização dos sistemas de informação com recurso ao Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem (SAPE®), onde é essencial que os enfermeiros coloquem em uso o conhecimento próprio da profissão.

Nesse contexto, parece-nos lógico que qualquer investigação que incida na vertente prática dos cuidados contemple a utilização da taxonomia CIPE®; é, no entanto, pertinente referir que a versão da CIPE® generalizada na prática clínica nacional de enfermagem é a Beta-2, sendo a versão 2.0 a mais recente traduzida para português.

Em resumo, a DPOC é um foco de atenção para a Enfermagem, passível de ser controlada através de estratégias não-farmacológicas tal como a CR, a qual é amplamente utilizada pelos EEER, mas sem que haja evidência científica relevante da sua eficácia ou do seu processo de prescrição e

individualização; os cuidados prestados pelos EEER devem ser descritos através da taxonomia CIPE[®], se possível através da sua versão mais recente (2.0).

Posto isto, definimos que o nosso objeto de estudo seriam os dados valorizados pelos EEER na prescrição de CR a pessoas com DPOC, enquanto base do seu processo de tomada de decisão / juízo clínico diagnóstico, o qual é incontornável na adequação e individualização da CR para que se produzam os melhores ganhos em saúde; relembramos que de acordo com o capítulo 1.4, o nosso objeto de estudo contempla os modelos analítico-racional e de processamento da informação de tomada de decisão apenas pelas suas características facilitadoras na consecução deste estudo.

Face ao objeto de estudo, surgiu a seguinte questão de partida, a qual norteia o nosso estudo:

- Numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo EEER para a prescrição de cinesiterapia respiratória?

Com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade, foram traçados os seguintes objetivos:

- a) Organizar um enquadramento teórico que contextualize a evidência científica sobre o objeto em estudo;
- b) Identificar os dados valorizados pelos EEER para a prescrição de CR a uma pessoa portadora de DPOC;
- c) Perceber os focos de atenção da prática disciplinar especializada que os EEER valorizam no processo de prescrição de CR;
- d) Perceber a relação entre os dados do estudo e a CIPE[®] 2.0.

2.2. Tipo de estudo

O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas, minimizando os riscos de erro (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Atendendo ao objeto de estudo, e dado que se pretende produzir novo conhecimento sobre uma temática específica e pouco explorada (dados que suportam a tomada de decisão dos EEER para a prescrição de CR), utilizámos uma metodologia de investigação qualitativa, de cariz descritivo, em acordo com Fortin, Côté e Filion (2009, p. 7) quando afirmam que *“por ocasião de uma investigação descritiva, o investigador observa, descobre, caracteriza e muitas vezes classifica novas informações, com vista a traçar um retrato claro e preciso da situação que estuda”*. Pelas características apresentadas o estudo pode ainda ser definido como um estudo exploratório por incidir um tema ou problema pouco estudado (Sampieri, Collado e Lucio, 2006).

Dado que o objeto de estudo é um objeto novo, não evidenciado na bibliografia, consideramos importante atender às características do fenómeno que podem advir da exploração, mais do que ao testes de hipóteses como demanda a investigação quantitativa (Fortin, Côté e Filion, 2009); Quivy e Campenhoudt (2005, p. 144) partilham da mesma opinião ao afirmar que *“quando os investigadores dão os primeiros passos num terreno que descobrem pela primeira vez, prevalece geralmente o método hipotético-indutivo”*, o que justifica a metodologia indutiva que utilizaremos neste estudo para *“passar de observações e de factos singulares a proposições gerais”* (Fortin, Côté e Filion, 2009, p. 13).

Tratando-se de um estudo descritivo, são vários os métodos de exploração dos dados identificados pela bibliografia, entre estes a entrevista e a entrevista de grupo (Fortin, Côté e Filion, 2009). Quivy e Campenhoudt (2005) defendem a utilização de entrevistas exploradoras no sentido de aprofundar o conhecimento sobre determinada temática, ou mesmo indagar sobre novo conhecimento junto de peritos ou de *“testemunhas privilegiadas”*, que os autores definem como *“pessoas que, pela sua posição, acção ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema”* (Quivy e Campenhoudt, 2005, p. 71).

Porque o tempo disponível para a investigação que estamos a efetuar é reduzido, pareceu-nos interessante recorrermos a uma entrevista com discussão e com possibilidade de obtenção da concordância de ideias por

parte dos participantes, com maior rapidez, indicando-nos a bibliografia que um dos métodos adequados poderia ser o grupo focal (GF).

2.3. População e amostra

O presente estudo incide na prescrição de CR por EEER e está balizado no contexto nacional; logo, a população deste estudo são os EEER portugueses. Tratando-se de um estudo de cariz exploratório/descritivo, não foi possível incluir todos os EEER portugueses, o que levou à necessidade de definir uma amostra dessa mesma população.

Considerando o método de colheita de dados ponderado (GF), para o qual era mandatária a seleção dos participantes, optámos por constituir uma amostra por escolha racional (Fortin, Côté e Filion, 2009), que se caracteriza por uma seleção intencional dos participantes pelo investigador mediante a definição de determinadas características desejáveis. Esta amostra foi constituída com base nos princípios de seleção dos participantes para um grupo focal (Kitzinger, 1995; Krueger e Casey, 2009; Rio-Roberts, 2011), o que levou a que determinássemos:

- **tamanho da amostra (número ideal de participantes do GF):** dez participantes;
- **número de convites:** quinze convites, para conseguir a margem de manobra necessário a garantir os dez participantes;
- **características dos participantes:** para garantir a adequabilidade aos dados pretendidos, foi definido que os participantes teriam de ser EEER e reunir simultaneamente as seguintes características:
 - proximidade geográfica (residentes no distrito do Porto): a proximidade geográfica é uma premissa base para a disponibilidade em comparecer no ou nos momentos de entrevista;
 - ter o mínimo de 1 ano de experiência profissional efetiva como enfermeiro especialista: o estudo incide na experiência de prescrição de cuidados de enfermagem de reabilitação;

logo, a prática clínica efetiva é condição essencial para que se possua tal experiência;

- ter experiência de execução e/ou prescrição de cinesiterapia respiratória em pessoas portadoras de DPOC: este critério complementa o anterior, seguindo a mesma lógica e o mesmo intuito;
- Dominar a taxonomia CIPE[®], com conhecimento da versão 2.0: um dos objetivos do estudo é comparar os dados obtidos com a CIPE[®] 2.0, pelo que os participantes terão de dominar uma das versões da CIPE[®] e, pelo menos, conhecer a versão 2.0.

Foram convidados 15 EEER, dos quais 9 integraram efetivamente o grupo focal. Tal como previsto nas características definidas, todos os participantes exerciam funções de EEER, prescreviam CR a pessoas com DPOC na sua prática clínica e dominavam a taxonomia CIPE[®].

Dos 9 participantes, 1 era do género masculino, 7 exerciam funções em unidades hospitalares e 2 exerciam funções em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); a média de idades era de 42 anos (amplitude de 16 anos, com máximo de 35 e mínimo de 51 anos) e os participantes exerciam funções como EEER, em média, há 5,8 anos (amplitude de 10 anos, com máximo de 2 e mínimo de 12 anos).

Dado tratar-se de um estudo descritivo e exploratório com amostra por escolha racional, onde *“os indivíduos escolhidos são supostos representar bem o fenómeno raro ou inusitado em estudo e ajudarem a compreendê-lo”* (Fortin, Côté e Filion, 2009), realçamos que os 9 participantes em causa dotam a amostra de diversidade de tipologia de cuidados (Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados, e dentro destes com inclusão de unidades internamento, uma unidade de reabilitação respiratória e uma unidade intensiva), detêm experiência clínica significativa enquanto EEER (5,8 anos de média, com um máximo de 12 anos) e representam formação académica diversa (5 instituições diferentes).

Com isto, podemos afirmar que se trata de uma amostra que representa a variedade de contextos clínicos e de formação académica associados ao exercício clínico dos EEER, dotada de experiência clínica relevante na prescrição de CR a pessoas com DPOC. No anexo 2 encontram-se as tabelas com a listagem dos convidados e com a descrição pormenorizada das características dos participantes.

2.4. Método de recolha de dados

Face ao cariz descritivo do presente estudo, o qual se enquadra na metodologia qualitativa de investigação, optámos pelo GF como método de recolha de dados, pelas principais vantagens que lhe estão associadas: (a) no GF coloca-se uma ou várias questões à discussão dos participantes, cuja interação traz valor acrescido aos dados produzidos (Kitzinger, 1995; Parahoo, 2007); (b) o GF promove uma abordagem mais profunda da temática do que os questionários; (c) o GF permite explorar os conhecimentos dos participantes e a interação entre eles, permitindo uma maior perceção sobre o grau de concordância nas questões divergentes e possibilitando a identificação, descrição, análise e resolução de pontos de conflito (Shaha, 2011).

O GF consiste na entrevista em grupo de um determinado número de sujeitos em uma ou mais sessões consecutivas, presenciais ou virtuais, sendo que a modalidade presencial é a mais profícua na produção de dados para análise (Bruggen, 2009); já Krueger e Casey (2009) definem GF como uma série de debates cuidadosamente planeados, com o intuito de obter impressões numa determinada áreas de interesse, que ocorram em ambiente facilitador.

Atendendo à sua especificidade, a preparação atempada e cuidada do GF é fundamental para que dele se retire o maior proveito (Simon, 1999, cit. por Rio-Roberts, 2011). Esta preparação inclui a seleção dos participantes (ver capítulo anterior), a construção do guião do grupo focal e a escolha do suporte de registo e análise dos dados (Kitzinger, 1995; Bruggen, 2009; Krueger e Casey, 2009; Rio-Roberts, 2011).

O guião do GF, sob a forma de um documento estruturado, representa todos os aspetos relevantes para a execução da(s) sessão(ões); o guião do GF promove a fluidez dos momentos de entrevista, aumenta a produção de dados úteis, coadjuva a função do investigador e promove o cumprimento da duração prevista para cada sessão (sendo o ideal de uma a duas horas) (Barbour, 2007, cit. por Rio-Roberts, 2011). Do guião do GF deste estudo constam os seguintes aspetos balizadores:

- **Número de participantes:** 9
- **Número de sessões:** 2
- **Local das sessões:** Escola Superior de Enfermagem do Porto - Pólo S. João
- **Data da primeira sessão:** 11.06.2012
- **Data da segunda sessão:** 25.06.2012
- **Duração de cada sessão:** 60 minutos, com 15 minutos de tolerância
- **Questão de partida para o grupo focal:** *Que dados resultantes da avaliação da pessoa com DPOC são usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória?*
- **Desvios com necessidade de refocalização:**
 - Discussão sobre prescrição de cinesiterapia respiratória por outros profissionais;
 - Discussão sobre exercícios respiratórios não diretamente relacionados com a cinesiterapia respiratória;
 - Competição entre pares sobre qualidade da prestação de cuidados;
 - Competição entre as unidades de saúde onde os participantes exercem funções.

Do guião constava ainda o seguinte plano das sessões do GF:

SESSÃO 1		
Tempo	Evento	Observações
0-5 min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto do estudo (PowerPoint®): - método de funcionamento do GF 	
5-6 min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da questão de partida 	
6-55 min	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão 	Refocalização sempre que necessário
55-60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Encerramento da sessão • Agradecimentos 	
SESSÃO 2		
Tempo	Evento	Observações
0-5 min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de PowerPoint® com o síntese da sessão anterior 	
5-6 min	<ul style="list-style-type: none"> • Projeção da questão de partida 	
6-55 min	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão, averiguação de concordância e validação dos dados resultantes da análise 	Refocalização sempre que necessário
55-60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimentos finais 	

Tabela 2 - Plano das sessões do GF

Como se percebe na tabela 2, planeámos que a codificação do discurso produzido na primeira sessão do GF (ver capítulo seguinte) seria apresentada na segunda sessão, para discussão, averiguação de concordância e validação⁴ pelos participantes no GF.

Na planificação do GF foram ainda tidos em conta os aspetos técnicos relacionados com o gravação das sessões, que se decidiu fazer em suporte de áudio e através de um gravador digital. O local das sessões foi selecionado de forma a garantir as condições de insonorização, a presença dos meios audiovisuais e o conforto necessários à execução do grupo focal (Kean, 2000; Krueger e Casey, 2000; Curtis e Redmond, 2007; Hill *et.al.*, 2009; Rio-Roberts, 2011).

⁴ Durante o decorrer do estudo, surgiu-nos a dúvida sobre a escolha entre os termos concordância, consenso e validação para descrever o acordo dos participantes sobre determinado conceito; após leitura de vários artigos, optámos por utilizar o termo concordância para descrever o processo de averiguação do acordo entre os participantes e o termo validação para descrever o produto final desse processo.

Foi também decidido que os ficheiros áudio resultantes da gravação das sessões seriam transcritos para documentos Microsoft® Word® e/ou Microsoft® Excel®.

2.5. Método de análise dos dados

Sendo um estudo de cariz descritivo, decidimos dissecar o discurso produzido pelos participantes no GF através do processo de análise de conteúdo, para o qual optámos pela produção teórica de Bardin, para obter por *“procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens”*, indicadores (quantitativos ou não) que permitam *“a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 2013, p. 40).

Assim, planeámos que o processo de análise de conteúdo se iniciaria pela transcrição do ficheiro de áudio obtido na primeira sessão do GF, de acordo com o preconizado por Bardin (2013) para a pré-análise do material; definiu-se à partida que não se procederia à transcrição integral das sessões (dada a previsão de que seria produzido muito discurso sem relevo durante a discussão do GF), mas sim de todo e qualquer termo (do *corpus* de análise) que desse resposta, direta ou indiretamente, à questão de partida.

Passando à fase da exploração do material (Bardin, 2013), deparamos com o processo de codificação, que é definido por Holsti (1969) cit. por Bardin (2013, p. 129) como *“o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”*. O processo de codificação inclui, de acordo com Bardin (2013), três fases: o recorte (escolha das unidades de registo), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias).

O recorte em unidades de registo (que segundo Bardin (2013, p. 130), são as unidades *“de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base”* que *“de acordo com o*

material ou código, podem ser: a palavra, a frase, o minuto, o centímetro quadrado”) com identificação, sempre que pertinente, das respectivas unidades de contexto (ainda segundo Bardin (2013, p. 133), são unidades “*superiores à unidade de codificação*”, as quais, embora não tendo sido tomadas em consideração no recenseamento das frequências, permitem, contudo, compreender a significação dos itens obtidos, repondo-os no seu contexto). Para o nosso estudo, definimos que as unidades de registo seriam os dados relevantes para a prescrição de CR descritos pelos participantes do GF, quanto que as unidades de contexto seriam as frases que incluíam esses dados.

Definimos ainda que as unidades de registo seriam sujeitas a um processo de análise para averiguar a existência de:

- unidades de registo repetidas: consideram-se repetidas duas unidades de registo com terminologia muito semelhante e que representem inequivocamente o mesmo significado. Ex.: “*padrão de respiração*” e “*padrão ventilatório*”;
- unidades de registo similares: consideram-se similares duas unidades de registo com terminologia distinta, mas que representem inequivocamente o mesmo significado. Ex.: “*se fuma ou não fuma*” e “*hábitos tabágicos*”;
- unidades de registo ambíguas: unidades de registo passíveis de assumir diferentes significados. Ex.: “*tempo em que ficam cansados*” pode referir-se à *cronologia* ou à *meteorologia*;
- Unidades de registo de grupo: unidades de registo que representam conceitos que englobam outras unidades de registo. Ex.: “*sinais vitais*” engloba “*tensão arterial*” e “*frequência cardíaca*”.

Após esse processo de análise, as unidades de registo repetidas e similares seriam agrupadas numa única unidade de registo, as unidades de registo ambíguas seriam listadas para clarificação na segunda sessão e as unidades de registo de grupo constituiriam categorias.

A enumeração é definida por Bardin (2013) como a análise estatística simples (frequências absolutas e relativas, média, moda, mediana, entre outros) das unidades de registo codificadas. Para a presente investigação,

definimos que iríamos proceder à averiguação das frequências absolutas e relativas das unidades de registo. Pretendíamos com isto perceber a intensidade de cada dado na totalidade dos dados obtidos, de forma a evidenciar os focos de atenção dos participantes no GF.

O processo de codificação culmina com o processo de categorização, que Bardin (2013, p. 145) defende ser *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento seguindo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”*, de forma a reunir *“um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”*. A categorização pode resultar de duas origens: as categorias são dadas *à priori*, ou emergem da classificação analógica e progressiva das unidades de registo; nesta última, a designação da categoria é definido no final da operação (Bardin, 2013).

Para este estudo definimos que as unidades de registo seriam analisadas e categorizadas segundo a sua significação e com base no enquadramento teórico produzido, sem a existência de categorias *à priori*. Durante a categorização, planeámos que os dados seriam organizados em tabelas e, se justificável, em gráficos analíticos, para colocar *“em relevo as informações fornecidas pela análise”* (Bardin, 2013, p. 127).

Por último, procederíamos à análise comparativa entre os dados obtidos e a taxonomia CIPE® 2.0, de forma a perceber a relação entre eles conforme previsto no quarto objetivo deste estudo. Para isto, planeámos comparar cada dado obtido com a CIPE® 2.0, para averiguar correspondências de significado e, caso se justificasse, ajustar a terminologia do dado em questão.

No final, os dados obtidos após os vários processos descritos seriam apresentados aos participantes no GF na segunda sessão, conforme descrito no capítulo anterior.

O percurso de investigação, tal como inicialmente previsto, pode ser esquematizado desta forma:

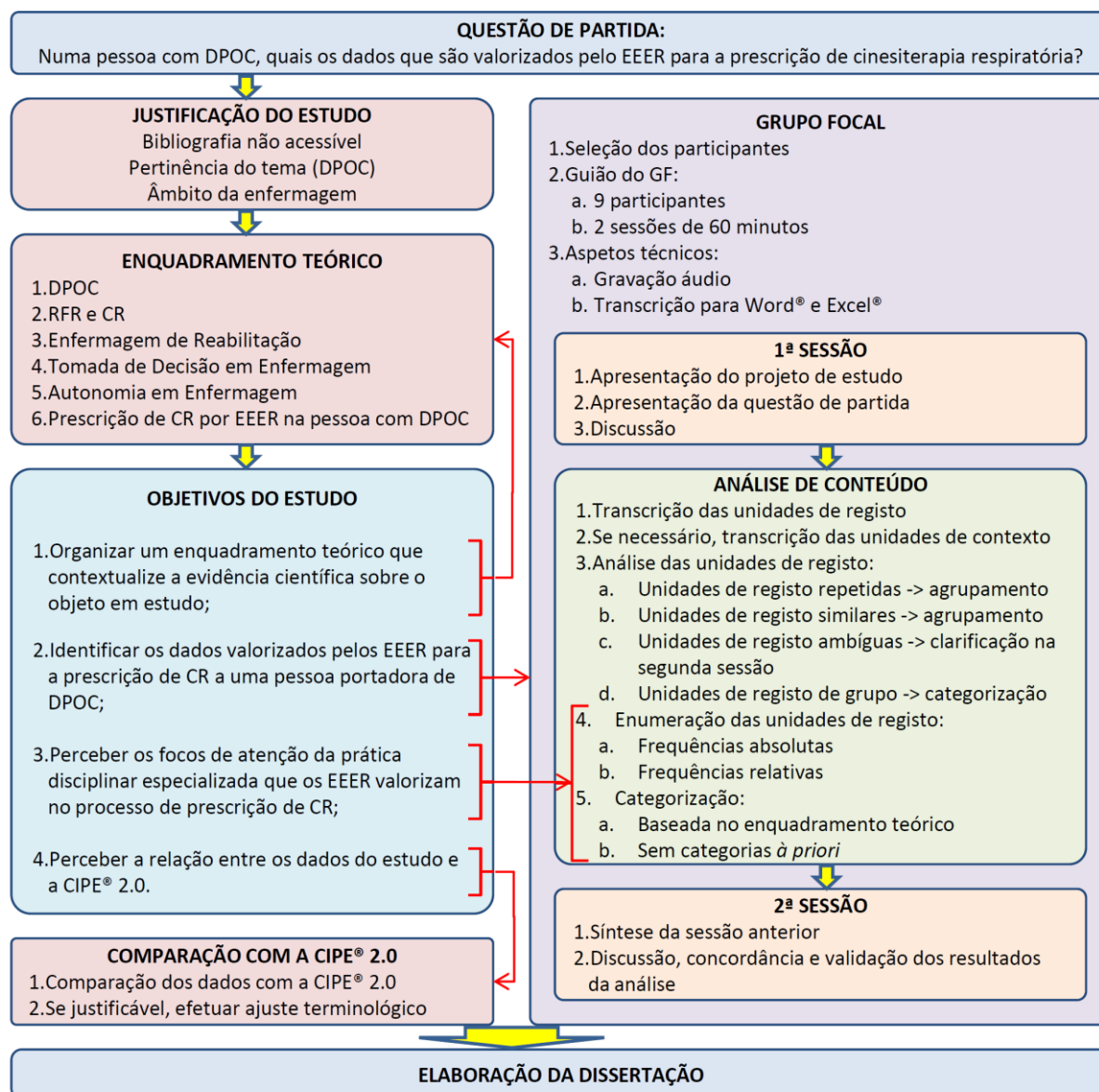


Figura 3 - Planificação do percurso de investigação

2.6. Aspetos Éticos

A investigação em saúde deve ser “conduzida no respeito dos direitos do cliente. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin, 2009, p. 180).

Atendendo ao desenho do estudo, foi necessário obter a autorização dos participantes no GF (anexo 3), garantindo-se o respeito pelos princípios éticos inerentes aos estudos de investigação. Cada participante foi

informado acerca dos objetivos do estudo, da metodologia e implicações do projeto, bem como da possibilidade de cessar a qualquer momento a sua participação; foi ainda informado que as reuniões do grupo focal teriam gravação de áudio, para a qual foi solicitada permissão e cuja consulta foi possibilitada.

De forma a garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram informados que não seriam publicados dados passíveis de possibilitar o seu reconhecimento. Foi também garantido o acesso à dissertação quando a mesma estivesse finalizada.

Dado que o estudo não envolveu pacientes ou instituições de saúde, não foi necessário o parecer de nenhuma Comissão de Ética.

CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo descrevemos os dados que emergiram do GF, fazendo-o de forma faseada de acordo com os diferentes momentos de colheita e de análise dos dados; durante esse processo, apresentaremos esquemas e tabelas para mais fácil percepção dos dados em causa. De seguida, apresentaremos as nossas reflexões sobre os dados obtidos, quer no que concerne ao seu processo de obtenção, quer à sua relação com o enquadramento teórico; sempre que justificável, serão apresentados gráficos analíticos.

Começamos este terceiro capítulo com a descrição do ajuste que foi necessário efetuar ao planeamento inicial da investigação. Este ajuste resultou do desenrolar da própria investigação e não é incomum neste tipo de estudo, como defendido por Fortin, Côté e Filion (2009, p. 290): *“numa investigação qualitativa (...) as decisões não são tomadas antecipadamente; alguns elementos do desenho [de investigação] evoluem ou surgem no decurso do estudo”*.

O ajuste em causa resultou da elevada produção de discurso na primeira sessão do GF, o que levou a que não fosse possível proceder à análise de conteúdo desse discurso num só momento. Foi, assim, necessário recorrer a uma terceira sessão (que decorreu em 26/7/2012) e repartir a análise de conteúdo por dois momentos, separados pela segunda sessão onde se efetuou um processo de concordância intermédio ao apresentar os dados da análise da primeira sessão aos participantes do GF.

Face a isto, estabeleceu-se uma sequência: sessão -> análise -> sessão -> análise -> sessão -> dados finais, com a respetiva alteração no esquema do percurso de investigação:

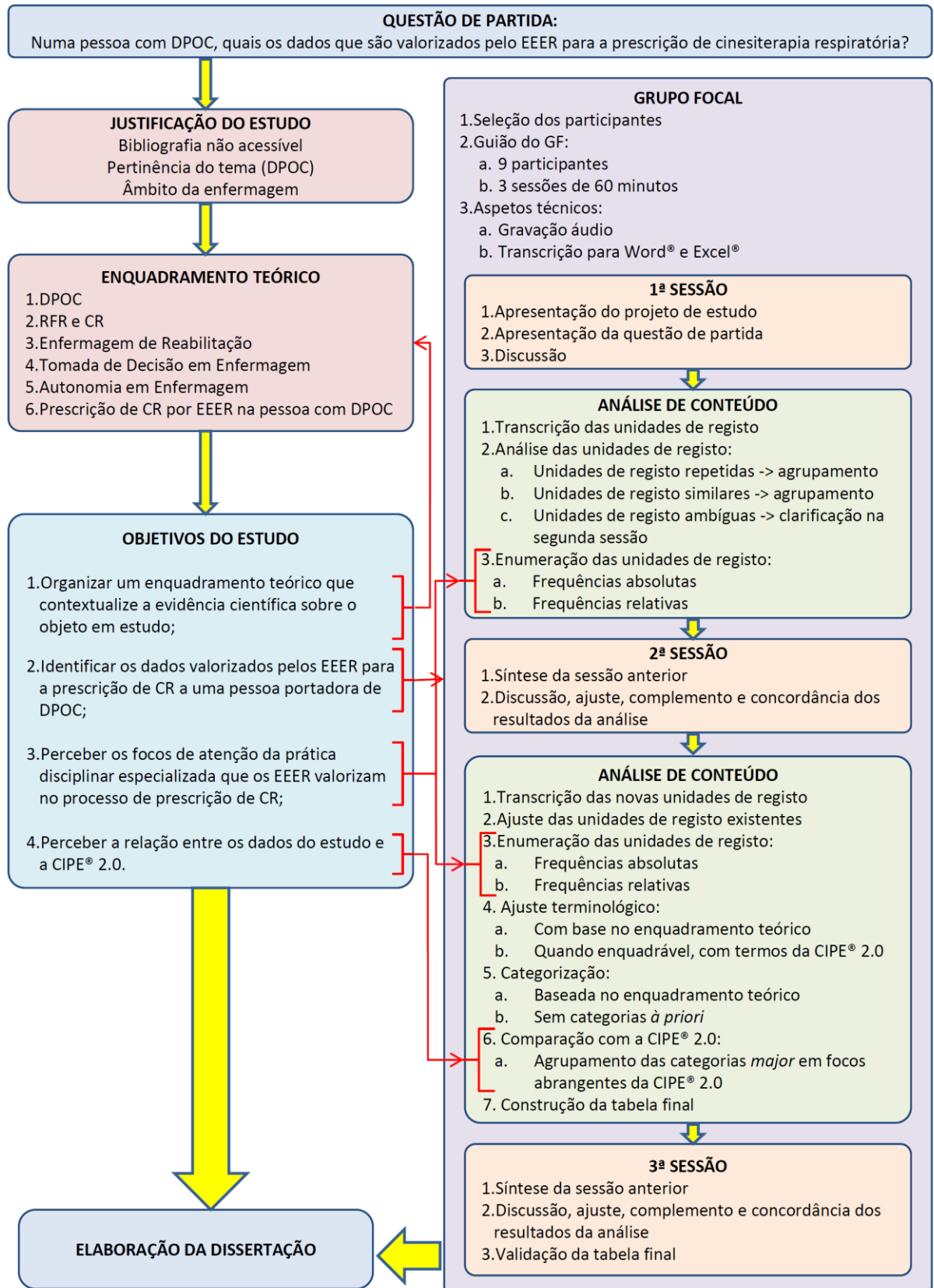


Figura 4 - Ajuste da planificação do percurso de investigação

Passaremos agora à apresentação dos dados de cada sessão, com menção sucinta à forma como decorreu cada uma das três sessões e explanação do método de análise de conteúdo utilizado entre elas; importa referir que os orientadores desta dissertação estiveram presentes nas três sessões.

Como previsto no guião do grupo focal, a primeira sessão iniciou-se com a apresentação dos participantes, seguida da explicação do estudo que se estava a efetuar, para o que recorremos a uma apresentação PowerPoint®. Esta introdução à dinâmica do grupo focal culminou com a apresentação da questão de partida: *Que dados resultantes da avaliação da pessoa com DPOC são usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória?*

Posto isto, permitiu-se aos participantes emitir livremente as suas opiniões sobre quais os dados usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de CT na pessoa com DPOC. De forma a garantir a mais profícua produção de dados, foi solicitado aos participantes que não se preocupassem com a terminologia ou com possíveis incorreções técnicas, sendo apenas relevante que mencionassem todo e qualquer dado que julgassem responder à questão de partida. Esta dinâmica de grupo teve uma única questão orientadora.

Foi dada oportunidade para as pessoas discutirem o tema em função das suas experiências pessoais.

Como descrito na planificação do estudo, a análise de conteúdo da gravação áudio da primeira sessão iniciou-se por um processo de transcrição, enquadrado na pré-análise do material obtido (Bardin, 2013). Os dados transcritos foram recortados em 166 unidades de registo (Bardin, 2013), de acordo com o previsto no capítulo 2.5, unidades essas que se encontram reproduzidas no anexo 4.

Durante a transcrição do discurso não houve necessidade de identificar unidades de contexto, dado que as unidades de registo foram sempre autoexplícitas.

Já dentro da exploração do material, as unidades de registo foram sujeitas a análise e agregação (Bardin, 2013), segundo o previsto no

capítulo 2.5. Nesse contexto, as unidades de registo repetidas e similares foram agrupadas, as unidades de registo ambíguas foram listadas para clarificação na segunda sessão. Este processo culminou na elaboração de uma tabela (anexo 5), da qual replicamos e explicamos um excerto exemplificativo:

Quantificação das unidades de registo agregadas								
UNIDADES DE REGISTO	1ª Menção		2ª Menção		3ª Menção		4ª Menção	
	Partic.	Tempo	Partic.	Tempo	Partic.	Tempo	Partic.	Tempo
Observar o padrão de respiração / Avaliação do padrão respiratório / Avaliar o padrão respiratório / Padrão ventilatório	7	06:45	9	16:00	5	21:45	7	33:15
Se fuma ou não fuma / Hábitos tabágicos	6	44:10	9	51:30				

Agrupamento de unidades de registo repetidas ou similares

Descrição do participante e da marca temporal na gravação

Figura 5 - Exemplo da tabela de análise das unidades de registo obtidas na primeira sessão

A tabela em causa foi analisada pelos orientadores deste estudo (os quais estiveram presentes na sessão), na qualidade de segundos investigadores, num processo de triangulação de investigadores (Coutinho, 2008; Fortin, Côté e Filion, 2009; Gion, Diehl e McDonald, 2011) com vista a fortalecer o processo de análise de conteúdo efetuado; com isto, pretendemos aumentar a credibilidade e fiabilidade⁵ do nosso estudo

⁵“A credibilidade reporta-se à exatidão na descrição do fenómeno vivido pelos participantes. A realidade deve ser fielmente representada e a interpretação, que é dada, deve parecer plausível aos participantes. A triangulação constitui um meio de aumentar a credibilidade; ela consiste em combinar outros métodos de colheita de dados com o que é empregado ou em associar ao seu estudo outros investigadores para tirar conclusões sobre o que constitui a realidade. A fiabilidade refere-se à exatidão com a qual se segue a evolução de um fenómeno e se dá conta das diferentes perspectivas expressas pelos participantes” (Fortin, Côté e Filion, 2009)

(Fortin, Côté e Fillion, 2009), bem como a sua validade⁶ (Gion, Diehl e McDonald, 2011).

Esta mesma tabela foi a base para a segunda sessão do grupo focal.

A segunda sessão iniciou-se com a projeção de uma apresentação PowerPoint® que resumia o enquadramento da temática; no final, foi relembrada a questão de partida. De seguida, foi apresentada e lida, linha a linha, a tabela que resultou da análise da primeira sessão, tendo sido solicitado aos participantes que manifestassem:

- para cada unidade de registo, a sua concordância ou discordância sobre se era um dado usado pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC;
- para cada agregação de unidades de registo repetidas ou similares, a sua concordância ou discordância;
- para cada unidade de registo ambígua, o significado que lhe atribuíam;
- outros dados usados pelos enfermeiros de reabilitação na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC e que não figuravam na lista apresentada.

A análise de conteúdo da segunda sessão incluiu diversas fases. Em primeiro lugar, a gravação foi transcrita nos aspetos relevantes do discurso dos participantes (concordância ou discordância perante as unidades de registo apresentadas; remoção ou ajuste de unidades de registo; adição de novos dados relevantes para a prescrição de CR), o que resultou na adição de unidades de registo e remoção de outras.

As unidades de registo adicionadas foram: frequência cardíaca, temperatura axilar, dor, capacidade de abertura e expansão da caixa torácica, força muscular dos membros superiores, informação médica,

⁶ “Validity, in qualitative research, refers to whether the findings of a study are true and certain—“true” in the sense that research findings accurately reflect the situation, and “certain” in the sense that research findings are supported by the evidence. Triangulation is a method used by qualitative researchers to check and establish validity in their studies by analyzing a research question from multiple perspectives” (Gion, Diehl e McDonald, 2011)

interpretação de MCDT, evento cirúrgico próximo (anterior ou posterior), cirurgia toraco-abdominal, tipo de cirurgia, VNI ativa e volição.

As unidades de registo removidas por decisão dos participantes do GF foram:

- Quando já sabem fazer todos os exercícios
- Doente que não mostra capacidade para o fazer (os exercícios)
- Eles têm de perceber o que é a reabilitação
- Se é seguido por Pneumologia
- Se já foi ensinado a fazer os exercícios
- Acompanhamento por um profissional no domicílio
- Auscultação pulmonar realizada por outros profissionais
- Gasimetrias
- As condições habitacionais
- Se a casa é arejada
- Se a casa é húmida
- Se tem lareira
- Se vive em zonas poluídas
- Se alguém da família fuma
- Ter ou não um prestador de cuidados
- Se o prestador prestar
- Quem está mais motivado é o prestador
- Se estão habituados a fazer a higiene brônquica matinal
- Se temos um timing curto para avaliar do doente

Os participantes do GF justificaram a remoção destas unidades de registo por, após reflexão, terem concluído que não são dados utilizados e valorizados para prescrever CR à pessoa com DPOC, embora sejam dados que relevam para a tomada de decisão do enfermeiro em outros domínios da sua autonomia. Este facto revela uma visão holística e integradora que os enfermeiros têm sobre a condição da pessoa e a sua resposta à doença.

Esta primeira fase da análise de conteúdo da segunda sessão resultou em 159 unidades de registo de base, agrupadas em 100 unidades de registo finais segundo a tabela do anexo 6. Para melhor compreensão, retratamos e explicamos um excerto exemplificativo dessa tabela:

Participante e marca temporal da gravação, relativos à concordância, ajuste ou remoção de unidades de registo, ou adição de novos dados						Descrição do novo termo (ajuste de unidade de registo ou adição de novo dado)	
UNIDADES DE REGISTO	Inter-venção		Consenso em remover	Consenso em mudar/acrescentar	Consenso em manter	Novo Termo	Observações
	Particip	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo		
Sinais vitais / Parâmetros vitais					8:40		
	7	09:00			11:45	Frequência cardíaca	
Doente que não mostra capacidade para o fazer (os exercícios)	7 3 1	27:00 27:05 27:35	27:45				Substituído pelas razões que podem levar à ausência de capacidade
Contacto direto com o médico				40:50		Informação médica	

→ Agregação de unidades de registo com concordância dos participantes

→ Dado acrescentado pelos participantes

→ Unidade de registo removida pelos participantes (identificada a vermelho)

→ Unidade de registo com ajuste terminológico efetuado pelos participantes

Figura 6 - Excerto da tabela de análise das unidades de registo da segunda sessão

A segunda fase da análise de conteúdo consistiu no ajuste terminológico das unidades de registo (únicas ou agregadas) produzidas pelo grupo focal, tendo por base o enquadramento teórico do estudo e, se justificável, a CIPE® 2.0. De forma a não adulterar a informação produzida pelos participantes do GF, o ajuste terminológico consistiu apenas no refinamento dos termos para que melhor se enquadrassem na bibliografia existente. A título de exemplo, o termo “dinâmica ventilatória” foi ajustado para “padrão ventilatório”.

Terminado o ajuste terminológico, e pela possibilidade de existência de termos duplicados, foi realizada nova análise para despiste dos mesmos, o que resultou na agregação das unidades de registo repetidas. Estes dois processos deram origem à tabela que figura no anexo 7, da qual se descreve o seguinte excerto:

Termo existente na CIPE® 2.0		
UNIDADES DE REGISTO	TERMINOLOGIA AJUSTADA	CIPE® 2.0
Observar o padrão de respiração / Avaliação do padrão respiratório / Avaliar o padrão respiratório / Padrão ventilatório / Padrão respiratório	Padrão ventilatório	X
Unidades de registo agregadas		Terminologia ajustada (um termo único)

Figura 7 - Excerto da tabela de ajuste terminológico das unidades de registo da segunda sessão

Segundo o preconizado por Bardin (2013), efetuámos uma análise estatística básica das unidades de registo encontradas (frequências absolutas e relativas), de forma a compreender o enfoque dos EEER relativamente aos dados que valorizam na prescrição de CR a pessoas com DPOC.

Esta análise resultou na tabela 3, onde figuram as unidades de registo finais (ou seja agrupadas e com ajuste terminológico), o seu número de menções no discurso produzido pelos participantes do GR (n), a frequência relativa (em percentagem) tendo em conta as 159 unidades de registo de base e a frequência relativa (em percentagem) tendo em conta o número de participantes (9). Ex.: O termo “morfologia torácica” foi mencionado 7 vezes, o que significa que corresponde a 4,4% da totalidade dos dados e que foi mencionado por 78% dos participantes do GF.

UNIDADE DE REGISTO	n	% n/ 159	% n/ 9
Morfologia torácica	7	4,4%	78%
Padrão ventilatório	6	3,8%	67%
Auscultação pulmonar	5	3,1%	56%
Capacidade para reter nova informação	4	2,5%	44%
Secreções brônquicas	4	2,5%	44%
SatO2	3	1,9%	33%
Dor	3	1,9%	33%
Assimetria torácica	3	1,9%	33%
Antecedentes patológicos	3	1,9%	33%
Cognição	3	1,9%	33%

UNIDADE DE REGISTO	n	% n/ 159	% n/ 9
Permeabilidade da via aérea	3	1,9%	33%
Capacidade funcional: expetorar	3	1,9%	33%
Sinais vitais	2	1,3%	22%
Cansaço após atividade: falar	2	1,3%	22%
Deformidade torácica	2	1,3%	22%
Força muscular: músculos ventilatórios	2	1,3%	22%
Regime farmacológico	2	1,3%	22%
Capacidade funcional: Expiração sustentada	2	1,3%	22%
Diagnóstico médico	2	1,3%	22%
Radiografia pulmonar	2	1,3%	22%

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNIDADE DE REGISTO	n	% n/159	% n/9
Patologias associadas	2	1,3%	22%
Dificuldade no autocuidado: higiene	2	1,3%	22%
Dispneia após atividade: higiene	2	1,3%	22%
Espirometria	2	1,3%	22%
Dependência no Deambular	2	1,3%	22%
Hábitos tabágicos	2	1,3%	22%
Morfologia da coluna: escoliose	2	1,3%	22%
TA	1	0,6%	11%
Frequência cardíaca	1	0,6%	11%
Temperatura axilar	1	0,6%	11%
Cor das extremidades e mucosas	1	0,6%	11%
Tempo de recuperação após atividade: exercício físico	1	0,6%	11%
Amplitude torácica	1	0,6%	11%
Força muscular: braços	1	0,6%	11%
Doença cardíaca	1	0,6%	11%
Gestão do regime terapêutico	1	0,6%	11%
Cianose labial	1	0,6%	11%
Cansaço	1	0,6%	11%
Cansaço após atividade: exercício físico	1	0,6%	11%
Capacidade funcional: Dissociação dos tempos ventilatórios	1	0,6%	11%
Cansaço após atividade: tempo até ficar com cansaço	1	0,6%	11%
Capacidade funcional: Expansão global	1	0,6%	11%
Escala de AVD	1	0,6%	11%
Escala de conservação da energia	1	0,6%	11%
Informação médica	1	0,6%	11%
Informação médica: interpretação de MCDT	1	0,6%	11%
Presença de alteração pulmonar: atelectasia	1	0,6%	11%
Timing: proximidade de evento cirúrgico (pré-operatório e pós-operatório imediato)	1	0,6%	11%
Tipo de cirurgia: toraco-abdominal	1	0,6%	11%
Tipo de cirurgia	1	0,6%	11%
Alteração do estado de consciência	1	0,6%	11%
Dependência no autocuidado: higiene	1	0,6%	11%

UNIDADE DE REGISTO	n	% n/159	% n/9
Dependência nas AIVD	1	0,6%	11%
Timing: agudização da DPOC	1	0,6%	11%
Oxigenoterapia	1	0,6%	11%
Aquisição de conhecimentos: exercícios ventilatórios	1	0,6%	11%
Aquisição de conhecimentos: inaladores	1	0,6%	11%
Timing: primeiro levante pós-cirúrgico	1	0,6%	11%
VNI ativa	1	0,6%	11%
Alterações pulmonares: bronquiectasias	1	0,6%	11%
Estadio da DPOC	1	0,6%	11%
Tipologia de alteração pulmonar: restritiva ou obstrutiva	1	0,6%	11%
Padrão ventilatório: tipo de respiração	1	0,6%	11%
Padrão ventilatório: tempo inspiratório e tempo expiratório	1	0,6%	11%
Padrão ventilatório: posição dos lábios	1	0,6%	11%
Padrão ventilatório: respiração em escada	1	0,6%	11%
Alterações pulmonares: enfisema	1	0,6%	11%
Tempo de recuperação após actividade: inspiração profunda	1	0,6%	11%
Auscultação pulmonar	1	0,6%	11%
Auscultação pulmonar: crepitações	1	0,6%	11%
Auscultação pulmonar: simetria ventilatória	1	0,6%	11%
Auscultação pulmonar: intensidade ventilatória	1	0,6%	11%
Auscultação pulmonar: padrão ventilatório	1	0,6%	11%
Posição para dormir	1	0,6%	11%
SatO2 a dormir	1	0,6%	11%
Reflexo de tosse	1	0,6%	11%
Eficácia do reflexo de tosse	1	0,6%	11%
Secreções brônquicas profundas	1	0,6%	11%
Dispneia	1	0,6%	11%
Cognição: Breve Avaliação do Estado Mental	1	0,6%	11%
Orientação T/E	1	0,6%	11%
Cognição: compreensão de discurso	1	0,6%	11%
Aquisição de competências: exercícios ventilatórios	1	0,6%	11%
Dados prioritários	1	0,6%	11%

UNIDADE DE REGISTO	n	% n/ 159	% n/ 9
Palpação do tórax	1	0,6%	11%
Palpação do tórax: assimetria torácica	1	0,6%	11%
Palpação do tórax: roncosp	1	0,6%	11%
Palpação do tórax: sibilância	1	0,6%	11%
Palpação do tórax: atrito pleural	1	0,6%	11%
Palpação do tórax: secreções brônquicas	1	0,6%	11%
Palpação do tórax: atelectasias	1	0,6%	11%
Técnica de Huff: secreções brônquicas	1	0,6%	11%

UNIDADE DE REGISTO	n	% n/ 159	% n/ 9
Motivação	1	0,6%	11%
Morfologia torácica: tórax escavado	1	0,6%	11%
Morfologia torácica: tórax em túnel	1	0,6%	11%
Morfologia torácica: tórax em quilha	1	0,6%	11%
Postural corporal	1	0,6%	11%
Postura corporal: sentado / Postura corporal: deitado	1	0,6%	11%
Ansiedade	1	0,6%	11%
Volição	1	0,6%	11%

Tabela 3 - Unidades de registo finais, com respetivas frequências relativas em %

Por último, procedemos à categorização, que segundo Bardin (2013) consiste em agrupar as unidades de registo em categorias, as quais podem assumir diferentes níveis hierárquicos, de acordo com o necessário para estruturar logicamente os dados. Para isso, foi necessário analisar cada unidade de registo e codificá-la mediante o seu significado, de forma a encontrar o seu lugar na estrutura lógica que se pretendia criar. A título de exemplo, a unidade de registo “cianose labial” pode ser agregada dentro da unidade de registo “cor das extremidades e mucosas”, ou seja, a primeira passa a ser um dado e a segunda uma categoria que engloba esse dado.

Porém, e mais uma vez, foi necessário ajustar o plano da investigação. Ao efetuarmos a análise das unidades de registo com vista a proceder à categorização, verificámos que algumas delas eram claramente categorias (ex.: “padrão ventilatório”), mas que não existiam unidades de registo que completassem todos os dados que lhes estavam inerentes; seguindo o mesmo exemplo, “padrão ventilatório” engloba as “características da ventilação” e a “mecânica ventilatória”, embora esses termos não figurassem nos dados produzidos pelos participantes no GF.

Deste modo, foi necessário arquitetar um processo de categorização que permitisse obter uma estrutura lógica e hierárquica, como pretendido por Bardin (2013), o que nos levou à elaboração do seguinte fluxograma:

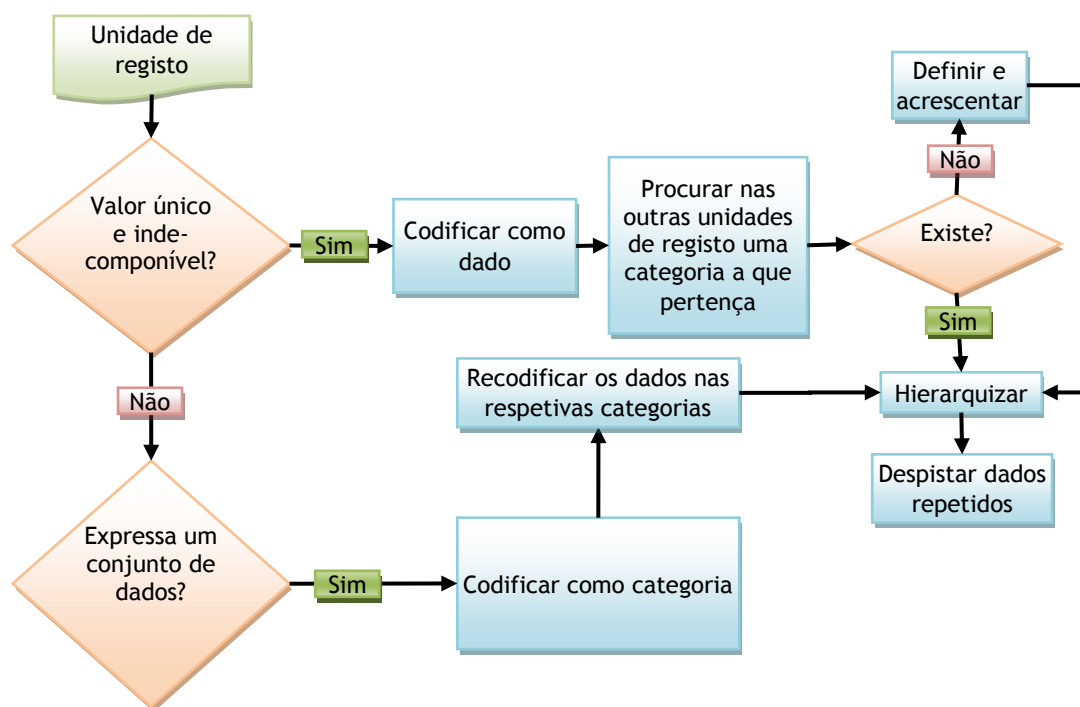


Figura 8 - Fluxograma do processo de categorização

Para clarificar o conceito de dado apresentado no fluxograma, e atendendo a que são dados clínicos (*clinical cues*), assumimos que se trata de um valor único, concreto, objetivo e indecomponível; é a unidade nuclear da tomada de decisão e a base clínica da prescrição. Se não estiverem reunidas estas características, não estremos perante um dado, mas de uma categoria que agrega dados. Ex.: o termo “cianose labial” é objetivo e indecomponível, já que retrata uma situação única e de significado claro; “cor das extremidades e mucosas” não é um termo objetivo, pois pode representar várias situações, ou seja, é divisível em vários dados únicos e concretos, entre os quais a “cianose labial”. Por isso, “cianose labial” é um dado e “cor das extremidades e mucosas” é uma categoria.

À medida que o fluxograma foi sendo aplicado a todas as unidades de registo, as lacunas na estrutura lógica foram sendo colmatadas: foram associadas novas categorias aos dados que pudessem ser agregados e foram definidos dados para as algumas categorias que não estavam granuladas. Os termos adicionados provieram do enquadramento teórico e/ou CIPE® 2.0;

para cada termo acrescentado foi justificada a escolha e identificada a fonte bibliográfica.

Clarifica-se que a adição de termos não teve como propósito acrescentar dados diferentes (isso desvirtuaria o processo de investigação, pois deturparia a produção de dados pelo grupo focal), mas sim preencher lacunas hierárquicas para obter uma árvore coerente. Quer isto dizer que os investigadores não acrescentaram respostas à questão de partida, simplesmente contextualizaram as respostas que os participantes no GF deram, no âmbito da categorização efetuada.

A aplicação do fluxograma resultou na criação de uma estrutura lógica e hierárquica, cujos níveis nomeamos, por preferência pessoal, como:

- *dado* - unidade de registo básica, que expressa um valor único, objetivo e indecomponível;
- *sub-subcategoria* - primeiro nível de categorização;
- *subcategoria* - segundo nível de categorização;
- *categoria* - terceiro nível de categorização;

Sendo um dos objetivos deste estudo comparar os dados produzidos pelo GF com a taxonomia CIPE® 2.0, os termos do nível “categoria” foram agregados e categorizados em focos abrangentes dessa linguagem, o que levou à criação de mais três níveis hierárquicos:

- *grupo* - primeiro nível de categorização nos focos abrangentes da CIPE® 2.0;
- *subdomínio* - segundo nível de categorização nos focos abrangentes da CIPE® 2.0;
- *domínio* - terceiro nível de categorização nos focos abrangentes da CIPE® 2.0.

O processo de categorização originou uma tabela representativa da organização dos dados e da qual reproduzimos o seguinte excerto a título de exemplo:

Dado	Sub-subcategoria	Subcategoria	Categoria	Grupo	Subdomínio	Domínio
Ausente	Condição fisiopatológica		Cavidade torácica	Ventilação	Processo do Sistema Respiratório	Processo corporal
Atelectasia						
Enfisema						
Bronquiectasias						
Normal	Amplitude torácica					
Diminuída						
Ventilação abdominal	Tipo de ventilação	Caraterísticas da ventilação	Padrão Ventilatório			
Ventilação torácica						
Ventilação mista						
Taquipneia	Frequência ventilatória					
Eupneia						
Bradipneia						
Ventilação profunda	Profundidade ventilatória					
Ventilação normal						
Ventilação superficial						

Figura 9 - Excerto da tabela de categorização

No exemplo apresentado, a cor vermelha representa os termos procedentes da segunda sessão, enquanto a cor preta representa os termos acrescentados pelo investigador como resultado da aplicação do fluxograma de categorização. Optámos por não reproduzir esta tabela na totalidade, dado o seu tamanho e atendendo a que não acresce valor à tabela 4.

Mais uma vez, a tabela em causa foi analisada pelos orientadores deste estudo, que estiveram presentes na segunda sessão, na qualidade de segundos investigadores, num processo de triangulação de investigadores (Coutinho, 2008; Fortin, Côté e Filion, 2009; Gion, Diehl e McDonald, 2011). Por outro lado, podemos também considerar que a utilização do enquadramento teórico como complemento do processo de categorização é uma segunda forma de triangulação, o que reforça ainda mais a credibilidade, fiabilidade e a validade do estudo.

A tabela foi enviada por correio eletrónico para os participantes previamente à realização da terceira sessão, para agilizar o processo de validação dos dados.

Tal como nas sessões anteriores, a terceira sessão teve início com a projeção de uma apresentação PowerPoint®, onde se expôs o processo de

análise de dados descrito no capítulo anterior, bem como alguns resultados dessa mesma análise.

De seguida, foi projetado o ajuste terminológico efetuado (o qual havia sido enviado por correio eletrónico previamente), para que os participantes manifestassem a sua concordância ou discordância; o ajuste terminológico foi aceite por unanimidade.

Após isso, foi apresentada a árvore hierárquica aos participantes, aos quais foi solicitado que se manifestassem sobre a estrutura hierárquica apresentada. Foi também descrito e explicado o processo de categorização e criação da árvore hierárquica, com particular ênfase no processo de adição de dados complementares.

Solicitou-se aos participantes que se manifestassem sobre cada dado, tendo ficado claro que os dados adicionados pelos investigadores seriam eliminados caso ultrapassassem o âmbito da complementaridade terminológica.

Os participantes no GF validaram a tabela, após a adição de um dado (atividade: mudança de posição) e o ajuste terminológico de outro (OLD < 24 horas) (anexo 8).

Desta forma, a tabela final devidamente validada pelos participantes do GF, a qual é reproduzida na tabela 4. Nessa tabela, os termos a vermelho representam os dados produzidos pelos participantes do grupo focal, os termos a preto representam os dados adicionados pelos investigadores, o texto a verde representa a fundamentação do dado acrescentado e os números a azul representam a fonte bibliográfica do dado apresentado. A tabela apresenta na coluna mais à esquerda os dados concretos e indecomponíveis (*clinical cues*) e na coluna mais à direita os focos abrangentes da taxonomia CIPE®, na sua versão 2.0.

- Ver documento anexo: Tabela Final.pdf -

*Tabela 4 - Categorização e comparação com a CIPE[®] dos dados valorizados
pelos participantes do GR na prescrição de CR na pessoa com DPOC*

Atendendo a que a presente dissertação incide sobre a questão: “*Numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória?*”, em rigor a resposta a esta questão é a própria tabela final do grupo focal, onde se descrevem os dados produzidos e validados pelos participantes; podemos ainda afirmar que, tratando-se de um estudo descritivo e de cariz qualitativo, a tabela em si seria suficiente para dar este projeto como terminado.

No entanto, e lembrando que o processo de análise de conteúdo utilizado é baseado na produção teórica de Bardin (2013), podemos aprofundar a análise dos dados através da aplicação de tratamento estatístico básico, tal como o cálculo das frequências absolutas e relativas dos dados produzidos.

Não quer isto dizer que se tentará revestir a análise de uma cariz quantitativo, nem tão-pouco se pretenderá generalizar os resultados obtidos; a quantificação dos dados servirá apenas para evidenciar novas *nuances* aos dados obtidos, o que enriquecerá o estudo sem contrair o rigor metodológico.

Atendendo a que:

- A tabela produzida pelo grupo focal inclui um conjunto de dados, hierarquizados desde um conjunto de valores únicos e objetivos até a domínios da taxonomia CIPE® 2.0,
- Os valores únicos e objetivos representam os dados que são utilizados no processo de tomada de decisão dos enfermeiros de reabilitação, e
- Os domínios representam focos abrangentes da taxonomia CIPE® 2.0, os quais representam áreas de atenção do âmbito de ação dos enfermeiros,

aprofundemos cada um destes pontos.

O primeiro nível da árvore hierárquica (dados) representa os valores únicos e objetivos, ou seja, os dados propriamente ditos que são utilizados pelos enfermeiros no processo de tomada de decisão. O grupo focal produziu 310 valores diferentes, o que expressa a grande quantidade de

dados que os participantes no GF valorizam no que concerne à prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC.

É também pertinente realçar a variedade desses mesmos dados, os quais reportam a conceitos de etiologia muito diversificada, o que demonstra a amplitude do corpo de conhecimentos que os participantes no GF mobilizam quando prescrevem CR a uma pessoa com DPOC.

No outro extremo da árvore hierárquica temos os domínios, compostos por focos abrangentes da CIPE® 2.0; após o processo de categorização, foram identificados cinco domínios:

- *Processo corporal*: dados inerentes ao domínio anatomofisiológico e das funções corporais;
- *Processo intencional*: dados inerentes à atividade intencional da pessoa, quer sejam ações ou comportamentos;
- *Processo patológico*: dados inerentes à doença da pessoa;
- *Evento*: dados inerentes a um acontecimento limitado no tempo (passado, presente ou futuro);
- *Recursos*: dispositivos ou sistemas utilizados pela pessoa.

Mais uma vez fica evidente o espectro alargado de variáveis clínicas que os participantes no GF integram no seu processo de tomada de decisão; aprofundando, mais interessante é a constatação da quantidade de dados que cada domínio inclui:

- *Processo corporal*: 5 Subdomínios, 10 grupos, 24 Categorias, 45 Subcategorias, 183 Dados;
- *Processo intencional*: 5 Grupos, 7 Categorias, 10 Subcategorias, 98 Dados;
- *Processo patológico*: 1 Grupo, 1 Categoria, 3 Subcategorias, 14 Dados;
- *Evento*: 1 Grupo, 2 Categorias, 2 Subcategorias, 6 Dados;
- *Recursos*: 2 Categorias, 9 Dados.

Destes dados resulta o seguinte gráfico, onde *n* representa o número de dados em cada um dos cinco domínios descritos e a percentagem representa a relação entre o *n* e o número total de dados (310):

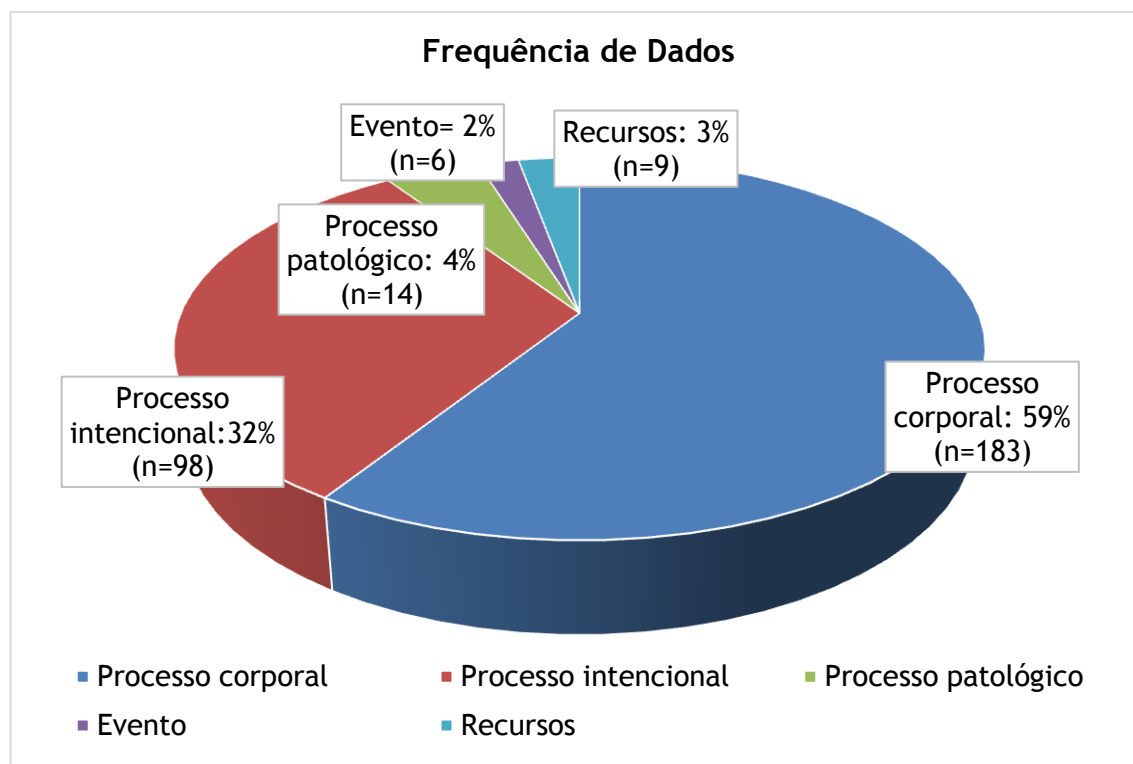


Figura 10 - Frequência de dados existentes em cada domínio

Significa isto que a maior parte dos dados valorizados pelos participantes no GF na prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC referem-se aos processos corporais, ou seja, às variáveis anatomofisiológicas e funções corporais; quer isto dizer que os participantes no GF enfocam parte significativa do seu processo de tomada de decisão na análise da resposta orgânica involuntária e individual que a pessoa com DPOC apresenta face à sua doença.

Em segundo lugar, surgem os processos intencionais, ou seja, os dados inerentes às ações ou comportamentos da pessoa. Este fato permite afirmar que os participantes no GF atribuem ênfase significativa ao que a pessoa com DPOC faz, assume, adere e integra no seu quotidiano; com isto podemos inferir que os participantes no GF incluem a resposta individual da pessoa com DPOC nas decisões clínicas, já que demonstram ter particular atenção à forma como a pessoa com DPOC enquadra na sua vida o que de terapêutico lhe é proposto.

Na terceira posição surgem os processos patológicos, ou seja, os ligados diretamente ao diagnóstico da DPOC. O facto de este domínio conter

apenas 14 dados, enquanto a soma dos dois domínios anteriores totaliza 281 dados, é uma clara evidência que os participantes no GF valorizam muito mais os dados que colhem da própria pessoa do que os dados que lhes são fornecidos por via do diagnóstico médico de DPOC.

Podemos com isto afirmar que, embora não menosprezem o diagnóstico médico, os participantes no GF não utilizam de forma significativa os dados que lhe estão inerentes no seu processo de tomada de decisão; em oposição, colhem os seus próprios dados e colhem-nos na individualidade da pessoa (involuntária e intencional), dados esses que usam para prescrever CR à pessoa com DPOC, o que demonstra uma enfermagem que incorpora a resposta humanas à doença e que está centrada na gestão de sinais e sintomas que decorrem da doença.

Trata-se, pois, de uma enfermagem que utiliza os dados de produção médica, como aqueles associados ao diagnóstico da doença, mas que dá relevo às implicações que a doença tem no quotidiano do doente e na forma como pode tornar-se significativa para estes doentes. Este facto realça ainda o domínio autónomo da profissão, com um corpo de conhecimento próprio.

Os domínios recursos e eventos assumem a quarta e quinta posição, com uma baixa quantidade de dados.

Explanada a análise dos dados, é altura de refletir sobre aplicabilidade clínica dos mesmos, sem a qual este estudo seria desprovido de utilidade. Dizem-nos Fortin, Côté e Filion (2009, p. 68) que *“o tema de estudo pode ser inspirado (...) em contextos de trabalho. A exploração empírica pode aumentar os conhecimentos que se têm sobre estas questões de carácter clínico e, por conseguinte, estes adquiridos podem ser utilizados na prática”*. Harbison (2001) vai mais longe e afirma que os enfermeiros precisam de fazer evoluir a sua produção académica para que cause impacto positivo significativo na prestação de cuidados.

Ora, sendo este um estudo que emergiu da própria prática clínica, terá a utilidade garantida à partida, por ser fácil decalcar os resultados para o contexto clínico ou mesmo orientar a decisão e o juízo clínicos, de forma a causar impacto positivo na prestação de cuidados. Significa isto que se

reconhece transferibilidade ao presente estudo, sendo que “*o conceito de transferibilidade reporta-se à aplicação ou à transposição dos resultados para outros meios, para outras populações ou para outros contextos*” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p. 305).

No entanto, não nos devemos esquecer que este estudo assenta no modelo analítico-racional de TDC, e que poderá não ser este o modelo em uso pelos EEER na sua prática clínica. Porém, já aqui afirmámos que a apropriação da informação (colhida ou detida pelo próprio) é a premissa base para a tomada de decisão.

Assim sendo, a partir do momento em que estão identificados os dados que os EEER valorizam, pode e deve ser encetado um esforço para que esses dados estejam disponíveis aos profissionais, preferencialmente através do sistema de informação que utilizem. Ou seja, os dados produzidos por este estudo poderão servir de base para a constituição de um sistema de apoio à tomada de decisão em enfermagem de reabilitação na abordagem da pessoa com DPOC.

Serve isto para lançar o mote sobre a utilidade e aplicabilidade da investigação, a qual será inócua se não verter para a prática clínica; por outro lado, teremos uma prática clínica empírica e estagnada se não for beber à investigação os dados probantes (Fortin, Côté e Fillion, 2009) que são a pedra basilar da PBE.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO

Numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória? Foi este o mote da presente dissertação, na qual se pretendeu investigar os alicerces do processo de tomada de decisão de um grupo de enfermeiros de reabilitação.

Através da técnica do GF, que incluiu três sessões, nove enfermeiros de reabilitação descreveram quais os dados que valorizavam na sua prática clínica diária para prescrever CR a pessoas com DPOC, dados esses que foram categorizadas e estruturados numa árvore hierárquica. No total, foram identificados 310 dados objetivos e mensuráveis (*clinical cues*), os quais foram categorizados e comparados com a taxonomia CIPE®, versão 2.02.0.

A elevada quantidade de dados, bem como a sua diversidade, evidenciam a amplitude e profundidade de conhecimentos que os participantes no GF detêm em relação à temática em causa. Por outro lado, a análise da árvore hierárquica revela que 32% dos dados estão inerentes aos processos intencionais da pessoa, e que apenas 4% se reportam aos processos patológicos, embora a maior fatia (59%) corresponda aos processos corporais, ou seja, às funções orgânicas involuntárias.

Importa realçar que, nessa mesma árvore hierárquica, o domínio *processo intencional* inclui as categorias *atividade executada pelo próprio, conhecimento, capacidade, posição corporal, comportamento e regime medicamentoso*, as quais representam a forma como a pessoa com DPOC vivencia o seu processo de saúde/doença, nomeadamente os processos adaptativos face à mesma. De salientar que o regime terapêutico, neste contexto, não se refere apenas à terapêutica farmacológica em si, mas sim à gestão eficaz e à adesão evidenciada pela pessoa com DPOC.

Torna-se assim claro que o foco de atenção dos EEER que participaram no grupo focal está direcionado para a adaptação à doença e para as implicações individuais que a doença acarreta, em vez de se centrar na doença em si. Isto coincide com a atual conceção nuclear da disciplina de enfermagem, bem como o atual paradigma da enfermagem de reabilitação, e demarca-se da visão biomédica sobre a DPOC.

A informação obtida permite perceber que os EEER que participaram no grupo focal observam, conhecem, decidem e executam diferentes intervenções que delimitam a sua competência para a ação. Daí resultam cuidados de saúde diferenciados, como a gestão dos processos de adaptação da pessoa portadora de doença crónica, logo incurável e geradora de alterações permanentes do seu estado de saúde. Estes EEER, enquanto detentores de competências específicas na gestão da doença crónica (como a DPOC), focam a sua ação na adaptação da pessoa a essas alterações, promovendo o autocuidado e a incorporação de comportamentos promotores da saúde, para melhor preservar a autonomia e a qualidade de vida.

Nesta perspetiva, o conhecimento produzido neste estudo pode ser considerado inovador por dois motivos: (a) aborda a prescrição de CR por EEER para a pessoa com DPOC, temática esta para a qual não há bibliografia acessível e (b) contrapõe as publicações existentes que abordam a CR na DPOC, as quais baseiam a prescrição no modelo biomédico e nos parâmetros patológicos da doença. Para além disso, trata-se de conhecimento que pode ser decalcado para a prática clínica, orientador da concetualização dos cuidados, delimitando a intervenção da enfermagem especializada, já que foi na prática clínica de onde emergiu.

É também de valorizar neste estudo a amostra utilizada, a qual reflete a diversidade dos contextos inerentes à prática clínica da enfermagem de reabilitação (dado que incluiu EEER a exercer funções em diferentes tipologias de cuidados) e na qual podemos constatar experiência clínica relevante para a temática estudada (atendendo à média de 5,8 anos de exercício profissional especializado e ao facto que todos os participantes prescreverem CR a pessoas com DOCP).

Neste estudo foram também acauteladas a credibilidade, a fiabilidade e a validade, segundo os conceitos de Fortin, Côté e Fillion (2009) e de Gion, Diehl e McDonald (2011), para as quais contribuiu a triangulação de investigadores (entre o autor e os orientadores da dissertação) e a triangulação entre os dados obtidos e o enquadramento teórico.

Serão estes os pontos fortes deste estudo, o qual conta também com algumas fragilidades, que passamos a descrever.

Antes de mais, ao ser um estudo que aborda a tomada de decisão, encontra-se limitado à partida pela questão de partida, a qual assume o modelo analítico-racional de TDC ao incidir sobre os dados objetivos e mensuráveis que os EEER valorizam; assim, sugerimos estudos futuros que não se balizem em determinado modelo de TDC, para não escamotear uma visão global da decisão clínica dos EEER.

Outra fragilidade é o próprio método de análise de conteúdo utilizado, onde a categorização foi complementada com dados advindos do enquadramento teórico; embora fosse acautelado o enviesamento dos dados, pode ter havido modulação da opinião dos participantes do GF. Foi, no entanto, uma escolha pensada e ponderada, a qual recaiu na produção mais profícua de dados por este estudo.

Podemos ainda identificar como fragilidade o método utilizado para analisar ponderalmente os focos de atenção dos EEER através dos dados contidos em cada foco abrangente da CIPE®; uma maior quantidade de dados não significa obrigatoriamente uma maior relevância, pelo que sugerimos o aprofundar deste estudo através da submissão da tabela final a um conjunto de EEER peritos para que façam a apreciação da relevância que atribuem a cada um dos dados identificados.

Ainda como fragilidade, e embora a triangulação de investigadores seja para nós um ponto forte deste estudo, reconhecemos que teria sido mais correta se tivesse envolvido duas análises de conteúdo distintas e simultâneas efetuadas pelo autor e pelos orientadores, em vez de se limitar ao processo de análise efetuado (os orientadores analisaram as tabelas produzidas pelo autor); no entanto, por limitação de tempo, tal não nos foi possível.

Não obstante, consideramos positivo o percurso feito, principalmente pelo crescimento e aprendizagem que proporcionou ao autor desta dissertação.

Não podemos terminar sem dar expressão escrita às ideias que nos foram surgindo ao longo da execução deste estudo, e que julgamos serem pertinentes para futuros trabalhos de investigação:

- Se os EEER valorizam coisas diferentes, logo geram cuidados diferentes, qual a diferença do impacte da sua atuação na pessoa com DPOC?
- Será viável enveredar por um percurso de investigação de translação e investigar a aplicabilidade na prática clínica dos dados produzidos por este estudo?
- Agora que se identificaram os dados relevantes para a prescrição de CR pelo EEER, será possível criar um modelo de apoio à tomada de decisão através de um percurso de investigação-ação? Ou até mesmo um modelo de intervenção de enfermagem de reabilitação na pessoa com DPOC?
- Sabendo que os EEER possuem experiência clínica significativa, qual a diferença entre o modelo de TDC com base nos dados produzidos por este estudo e o modelo de TDC que efetivamente que utilizam na sua prática diária?
- Poderão os termos identificados neste estudo ser enquadrados na taxonomia CIPE®, através de um processo de fundamentação da sua pertinência?

São só alguns exemplos... muitas outras questões poderiam ser aqui incluídas, o que revela claramente que o campo de estudo está longe de estar esgotado e urge ser investigado. Diríamos mais: é imperativo que seja estudado, em prol da qualidade dos cuidados e do benefício para as pessoas com DPOC. E podemos começar com coisas simples, como contribuir para a clarificação dos conceitos de RFR e CR, bem como dos exercícios que eles integram, o que seria um degrau significativo na direção a uma linguagem comum na enfermagem de reabilitação.

Por parte do autor desta dissertação, fica o compromisso não parar por aqui, ou não fosse a DPOC um dos seus enfoques e interesses enquanto EEER...

E eis chegado o fim, que neste caso apenas serve para mostrar os múltiplos inícios por onde podemos recomeçar!...

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA

AIRES, L. (2011) - **Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional**. Lisboa: Universidade Aberta, 2011

ALVES, M. C. O. (2012) - O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas Atividades do Autocuidado. ESEP, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

ANTUNES, J. L. (2010) - Investigação Científica e Plano Nacional de Saúde [em linha]. [Consult. Em 13/8/2012] Disponível em WWW: <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Inv.pdf>>

ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. (2004) - Grupo focal. Estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico - Revista Cogitare Enfermagem. Vol. 9, Nº1 (2004) p. 9 -14

BANNING, M. (2008) - A review of clinical decision making: models and current research - Journal of Clinical Nursing. Vol. 17, Nº 2 (2008) p. 187-195.

BARDIN, I. (2013) - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2013

BENNER, P. (1984) - **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. California: Addison-Wesley Publishing Company, 1984

BENNER, P.; TANNER, C. A.; CHESLA, C. A. (1996) - **Expertise in nursing practice - caring, clinical judgement and ethics**. New York: Springer Publishing Company, 1996

BJØRK, T.; HAMILTON, G. A. (2011) - Clinical Decision Making of Nurses Working in Hospital Settings. Nursing Research and Practice. Vol. 2011 ID de Artigo 524918 (2011), p. 1-8

BORGES, C.D.; SANTOS, M.A. (2005) - Aplicações metodológicas da técnica de grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Vol.6, Nº1 (2005) p. 74-80

BRAGA, A.M.S. (2010) - Factores que influenciam a tomada de decisão em inovar nas empresas portuguesas. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2010. Dissertação de Mestrado em Gestão apresentada ao Departamento de Economia, Sociologia e Gestão

BRÜGGEN, E; WILLEMS, P (2009) - A critical comparison of offline focus groups, online focus groups and e-Delphi - International Journal of Market Research. Vol. 51, Nº 3 (2009) p. 363-381

BUCKINGHAM, C. D.; ADAM, A. (2000) - Classifying clinical decision making: interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis - Journal of Advanced Nursing. Vol. 32 Nº 4. (2000) p. 990-998

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2007) - Investigação em Enfermagem - Posição do CIE [em linha]. [Consult. 13/8/2012] Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/22_Nsg_Research-Pt_-_revisto_IS-LF.pdf>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2.0.** Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011

CORDEIRO, M.C.O.; MENOITA, E.C.P. (2012) - **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória.** Loures: Lusociência, 2012

COSTA, M. A.; GOMES, B. P. & MARTINS, M. M. (2010) - **Enfermagem de reabilitação: colectânea de textos.** Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda, 2010

COUTINHO, Clara Pereira - A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade - Educação Unisinos. Vol. 12, Nº 1 (janeiro/abril 2008) p. 5-15

CURTIS, E.; REDMOND, R. (2007) - Focus groups in nursing research - Nurse Researcher. Vol.14, Nº2 (2007) p.25-37.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2009) - Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular Informativa Nº40A/DSPCD, 2009

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011) - Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. [Em linha] [Consultado em 12 Jun. 2013] Disponível em: WWW: <<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>>

FERRARO, R.M. (2012)- Respiração e Respiração Celular: As Concepções Alternativas em Trabalhos Acadêmicos. Universidade Presbiteriana Mackenzie, S. Paulo, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Biológicas apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Presbiteriana Mackenzie

FORTIN, M. F. (1999) - **O processo de investigação: Da conceção à realização**. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas Lda, ISBN: 972-8383-10-X, 1999

FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FILION, F. (2009) - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusodidacta, 2009

FRANZ, N. K. (2011) - The unfocused focus group: Benefit or bane? [Em linha] - The Qualitative Report. Vol.16, Nº 5 (2011) p. 1380-1388. [Consult. 13/8/2012] Disponível em: WWW: <<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR16-5/franz.pdf>>

GOLD (2013), Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Revised 2013) [Em linha]. [Consult. 23 Abr. 2013]. Disponível em http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

GRUDENS-SCHUCK, Nancy [et.al.] (2004) - Focus Group Fundamentals. [Em linha] : Iowa State University, 2004, [Consult. 10 Mai. 2012]. Disponível em WWW: <<http://www.extension.iastate.edu/publications/pm1969b.pdf>>

GUERREIRO, M.; SILVA, A. P.; BOTELHO, A.; LEITÃO, O., CASTRO-CALDAS, A.; Garcia, C. (2007) - Avaliação Breve do Estado Mental: Organização e Aferição. In MENDONÇA, A. & GUERREIRO, M. (Coords) - Escala e Testes na Demência. Lisboa: Novartis, (2007) p. 31-36

GUION, L. A.; DIEHL, D. C.; MCDONALDA, D. (2011) - Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies. [Em linha] : University of Florida, 2011, [Consult. 15 Jul. 2013]. Disponível em WWW: <<http://edis.ifas.ufl.edu/pdf/FY/FY39400.pdf>>

GUYTON, A. C.; HALL, J., E. (2006) - **Tratado de Fisiologia Médica - 11ª Edição**. Elsevier, 2006

HARBISON, J. (2001) - Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice - Journal of Advanced Nursing. Vol. 35, Nº 1 (2001) p. 126.133

HEITOR, C. [et.al.] (1988) - **Reeducação Funcional Respiratória**, 2º ed. Lisboa: Boehringer Ingelheim, 1988

JESUS, Élvio Henriques de (2004) - Padrões de habilidade cognitiva no processo da decisão clínica de enfermagem. Universidade do Porto, 2004. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

KEVERN, J.; WEBB, C. (2001) - Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. Nurse Education Today. Vol. 21, Nº4 (2001) p. 323-333.

KITZINGER, J. (1995) - Qualitative Research: Introducing focus group - BMJ. Vol. 311 (1995) p. 299-302

KRUEGER, R.; Casey, M. (2009) - **Focus groups: A practical guide for applied research** (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2009

LANGER, D. [et.al.] (2009) - Guia para prática clínica: Fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) - Revista Brasileira de Fisioterapia. Vol.13, Nº 3 (2009) p.183-204

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. (1999) - **Administração e Liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999

MARTINS, Z. (2010) - Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente. Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (1981) - Aids to the examination of the peripheral nervous system. Londres: Her Majesty's Stationery Office, 1981

MELEIS, A. I. (2010) - Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010

MOORE, M.C.; ZEBB, B.J. (1999). The catastrophic misinterpretation of physiological distress. Behavior Respiratory Therapy. Vol. 37, Nº 11 (1999) p. 1105-1118

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2013) - Medical Subject Headings [em linha].[Consult. Em 20/6/2013] Disponível em WWW: <http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2013/MB_cgi>

NUNES, J. A. (2006) - A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: Tendências contemporâneas [Em linha]. [Consult. 23/4/2012] Disponível em WWW: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/253.pdf>>

ONDR (2011) - Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011 - Desafios e oportunidades em tempos de crise [Em linha]. [Consult. 23 Abr. 2012]. Disponível em WWW: <http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf>

ONDR (2012) - Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2012 - A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias [Em linha]. [Consult. 15 Mai. 2013]. Disponível em WWW: <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - História da Enfermagem de Reabilitação - Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 9 (Julho 2003) p. 12-13

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem [Em linha] - Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 13 (Julho 2004) p. 3-8 [Consult. Em 23/4/2012] Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição [Em linha]. [Consult. Em 23/4/2012] Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos [em linha]. [Consult. 12/3/2012] Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a) - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais [Em linha]. [Consult. 12/3/2012] Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b) - Regulamento das Competências Específicas do EEER - Diário da República. 2.^a série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [em linha]. [Consult. 12/3/2012] Disponível em WWW: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) - REPE e Estatuto da ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [Consult. 12/3/2012] Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf>

OSIADŁO, G.M.; DZIERŻĘGA, J.E. (2007) - Effectiveness of Respiratory Kinesiotherapy in Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Em linha] - Wiadomości Lekarskie, Vol 9, N° 10 (2007) p. 418-42. [Consult. 20 Abr. 2012] Disponível em WWW: <http://www2.sum.edu.pl/wydawnictwa/wiadlek/9-10-2007/s418_osiadlo_g.pdf>

PADILHA, José M. S. C [et.al.] (2012) - Respirar um sopro de vida: aprenda alguns exercícios que podem melhorar a sua respiração. Novartis, 2012.

PARAHO, K. (2007) - Focus groups are enjoying increased in popularity as a research method. Nurse Researcher. Vol. 14, N°2 (2007) p. 4-6.

PEROSA, C.T.; PEDRO, E.N.R. (2009) - Perspetivas de jovens universitários da região norte de Rio Grande do Sul em relação a paternidade - Rev. Esc. Enf. USP. Vol.43, N°2 (2009) p. 300-306

PETRONILHO, F. (2012) - **Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem de Reabilitação: Que realidade? Que perspectivas?** [Em linha] [Consult. 23 Mai. 2013] Disponível em WWW: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21663/1/RMDE%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o_realidade%20e%20perspetivas.pdf>

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem** (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (2005) - **Manual de investigação em Ciências Sociais** (4ª edição). Lisboa: Gradiva, 2005

RIBEIRO, J. M. S. (2011) - Autonomia Profissional dos Enfermeiros. Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

RIO-ROBERTS, Maribel Del (2011) - How I Learned to Conduct Focus Groups. The Qualitative Report, Vol. 16, Nº 1 (Janeiro 2011) p. 312-315

RODRIGUES, C. A. F. ; VARANDA, E. M. G.; COSTA, A. J. A. (2012) - Intervenção do EEER - Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Vol. 24, Nº 283 (2012) p. 6-11

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. (2006) - **Metodologia de pesquisa** (3ª edição). São Paulo: MacGraw-Hill, 2006

SERRA, J. P. (2007) - **Manual de Teoria da Comunicação**. Covilhã: Livros Labcom, 2007

SHAHA, M. (2011) - Planning and conducting focus group research with nurses - *Nurse Researcher*, Vol. 18, Nº 2 (2011) p. 77-87

SILVA, A. A. P. (2001) - Sistemas de informação em Enfermagem — uma teoria explicativa da mudança. Porto, 2001. Universidade do Porto, 2001. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

SILVA, M. A. (2000) - Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação. Universidade do Porto, 2000. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

SILVA, M. A. (2011) - Intenções dominantes nas concepções de Enfermagem : estudo a partir de uma amostra de Estudantes Finalistas . Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde

SOUSA , P. (2005) - O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Universidade do Porto, 2005. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

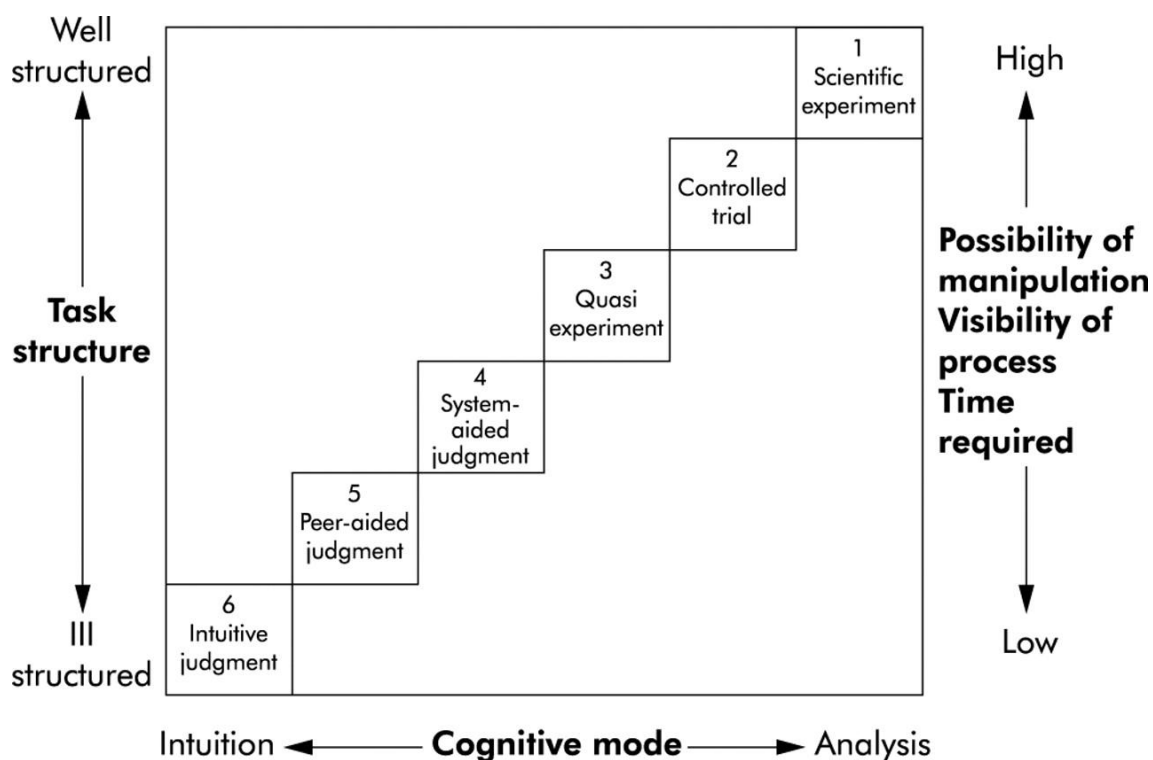
THOMPSON, C. (1999) - Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling - Qualitative Health Research. Vol. 9, N°6 (1999) p. 815-828

THOMPSON, C.; CULLUM, N., MCCAUGHAN, D. et.al. (2004) - Nurses, information use, and clinical decision makingthe real world potential for evidence-based decisions in nursing. Evidence Based Nursing, Vol. 7 (2004) p. 68-72

ANEXOS

ANEXO I: ESQUEMA DA TEORIA DO *CONTINUUM* COGNITIVO

TEORIA DO CONTINUUM COGNITIVO



"The cognitive continuum. Reproduced with permission from Hamm RM. Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum. In Dowie J, Elstein A, editors. Professional judgement: a reader in clinical decision making. Cambridge: Cambridge University Press, 1988:87"

(Reproduzido de Thompson et.al., 2004)

ANEXO II: PARTICIPANTES NO GRUPO FOCAL

Listagem dos convidados para o grupo focal

	Distrito Porto?	EEER?	Exerce especialidade?	Local de trabalho	Prescreve CR?	CIPE®	Integrou o GF
1	Sim	Sim	Sim	CHSJ, EPE	Sim	Sim	Sim
2	Sim	Sim	Sim	ULS Matosinhos	Sim	Sim	Sim
3	Sim	Sim	Sim	CHP, EPE	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim	CHP, EPE	Sim	Sim	Sim
5	Sim	Sim	Sim	CHP, EPE	Sim	Sim	Sim
6	Sim	Sim	Sim	ULS Matosinhos	Sim	Sim	Sim
7	Sim	Sim	Sim	UCC Âncora	Sim	Sim	Sim
8	Sim	Sim	Sim	CHVNG/E, EPE	Sim	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Sim	CHVNG/E, EPE	Sim	Sim	Sim
10	Sim	Sim	Sim	UCC Paredes Rebordosa	Sim	Sim	Não
11	Sim	Sim	Sim	UCC Carvalhos	Sim	Sim	Não
12	Sim	Sim	Sim	UCC Boavista	Sim	Sim	Não
13	Sim	Sim	Sim	UCC Ermesinde	Sim	Sim	Não
14	Sim	Sim	Sim	CHVNG/E	Sim	Sim	Não
15	Sim	Sim	Sim	UCC Paredes Rebordosa	Sim	Sim	Não

Caracterização dos participantes no GF

Part.	Idade	Género	Local de trabalho	Ano de Especialidade	Escola	Exerce funções de	Tempo (anos)?
1	40	Mas	CHSJ, EPE - Reanimação	2005	ESEP	EEER	4
2	43	Fem	ULSM - Medicina	2008	ESEP	EEER	3
3	50	Fem	CHP, EPE - Cirurgia	1998	Esenf Cid. do Porto	EEER	12
4	51	Fem	CHP, EPE - TCE	1998	Esenf Cid. do Porto	EEER	12
5	37	Fem	CHP, EPE - Pneumologia	2008	ESEP	EEER	3
6	35	Fem	ULSM - UCC	2010	ESE Chaves	EEER	2
7	39	Fem	UCC Âncora	2007	UFP - P. de Lima	EEER	6
8	43	Fem	CHVNG/E, EPE - Unid. Reabilitação Respiratória	2005	CESPU	EEER	4
9	40	Fem	CHVNG/E, EPE - Unid. Reabilitação Respiratória	2005	CESPU	EEER	6
Média	42			N/A			5,8
Amplit.	16			12			10
Máximo	51			2010			12
Mínimo	35			1998			2

Part.	Na sua prática clínica, lida com pessoas com DPOC?	Se sim, prescreve-lhes Cinesiterapia Respiratória?	Domina a taxonomia CIPE®?
1	Sim	Sim	Sim
2	Sim	Sim	Sim
3	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim
5	Sim	Sim	Sim
6	Sim	Sim	Sim
7	Sim	Sim	Sim
8	Sim	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Sim

ANEXO III: CONSENTIMENTO DE INTEGRAÇÃO NO GRUPO FOCAL

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
I MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO | 2010-11

SOLICITAÇÃO DE INTEGRAÇÃO EM GRUPO FOCAL

Rui Pedro Marques da Silva, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola superior de Enfermagem do Porto, está a desenvolver um estudo denominado: **Processo de diagnóstico do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação relativo à cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC.**

O estudo terá uma abordagem qualitativa, com recurso a técnica de grupo focal⁷ e tem como objectivo principal responder à questão: *“Numa pessoa com DPOC, quais os dados que são valorizados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória?”*

De forma a assegurar uma diversidade de experiências clínicas que assegurem a consecução do objetivo proposto, será criado um grupo focal¹ constituído por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, os quais foram selecionados por um processo de amostragem intencional de forma a criar uma amostra de conveniência.

O grupo focal será constituído por 7-10 enfermeiros de reabilitação e contará com 2 reuniões consecutivas, espaçadas por 1-2 semanas. Cada reunião terá uma duração de 60 minutos.

Nesse contexto, gostaria de o(a) convidar a integrar o grupo focal e a comparecer nas seguintes reuniões:

Primeira reunião: dia 11 de Junho, às 16:30, na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Segunda reunião: dia __ de Junho, às 16:30, na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Solicito ainda a assinatura do documento anexo, necessário para efeitos académicos.

Agradeço desde já a sua participação e colaboração neste meu projecto.

Atenciosamente,

Rui Pedro Marques da Silva

¹ Grupo focal: técnica de investigação que se enquadra na metodologia qualitativa. O método de investigação por grupo focal consiste na selecção de um determinado número de participantes, que são entrevistados em grupo em uma ou mais sessões consecutivas.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
I MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO | 2010-11

INTEGRAÇÃO EM GRUPO FOCAL
CONSENTIMENTO

Eu, _____,
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, portador da cédula profissional
nº. _____, Contactável através do telemóvel _____ e do e-mail
_____, a exercer funções no(a)
_____,
declaro que aceito integrar um grupo focal do projecto de investigação “**Processo de diagnóstico do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação relativo à cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC**”, desenvolvido em âmbito académico no decorrer do I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, da responsabilidade de Rui Pedro Silva, enfermeiro, sob orientação da Doutora Olga Fernandes e coorientação do Mestre Miguel Padilha.

Declaro que fui informado acerca dos objectivos, metodologia e implicações do projecto, bem como da possibilidade de cessar a qualquer momento a minha participação.

Declaro ainda que fui informado que as reuniões do grupo focal onde me integro terão gravação de áudio, a qual permito e a cujo registo de dados terei acesso se assim o desejar.

Local e data:

ANEXO IV: LISTA DAS UNIDADES DE REGISTO PRODUZIDAS NA PRIMEIRA SESSÃO

LISTA DAS UNIDADES DE REGISTO PRODUZIDAS NA 1º SESSÃO

- | | |
|---|---|
| 1. Dinâmica ventilatória | 38. Através da auscultação |
| 2. Observar o padrão de respiração | 39. A auscultação é fundamental |
| 3. Avaliação do padrão respiratório | 40. Antecedentes |
| 4. Avaliar o padrão respiratório | 41. Antecedentes do doente |
| 5. Padrão ventilatório | 42. Os antecedentes |
| 6. Capacidade para apreender a informação | 43. Doença cardíaca |
| 7. Aquilo que o doente é capaz de aprender | 44. Medicação |
| 8. Se retém informação | 45. Terapêutica |
| 9. Sinais vitais | 46. Gestão do regime terapêutico |
| 10. Parâmetros vitais | 47. Cianose labial |
| 11. TA | 48. Cansaço |
| 12. SatO ₂ | 49. Até que ponto se cansam após exercícios respiratórios |
| 13. A saturação | 50. Após dissociação dos tempos respiratórios vê-se se o doente é capaz de expirar como deve ser ou não |
| 14. Cor do doente | 51. Tempo em que ficam cansados |
| 15. Capacidade em falar e não se cansar | 52. Dificuldade na expansão global |
| 16. Fadiga e cansaço quando eles falam | 53. Expiração por duas ou três vezes |
| 17. Tempo que leva no repouso para poder voltar a trabalhar | 54. Se consegue sustentar o movimento expiratório contínuo |
| 18. Broncorreia | 55. Quando já sabem fazer todos os exercícios |
| 19. Presença ou não de secreções | 56. Doente que não mostra capacidade para o fazer (os exercícios) |
| 20. Se tem secreções | 57. Avaliação da dor |
| 21. Broncorreia elevada | 58. Se tem dor |
| 22. Acumular secreções | 59. Parte cognitiva |
| 23. Observar o tórax | 60. Parte cognitiva do doente |
| 24. Alterações torácicas | 61. Estado cognitivo |
| 25. Avaliação do tórax | 62. Eles têm de perceber o que é a reabilitação |
| 26. Observamos o tórax | 63. O doente tem de saber a importância da reabilitação respiratória para a sua doença |
| 27. Observação do tórax | 64. Escalas de AVDs |
| 28. Simetria do tórax | 65. Escalas de técnicas de conservação de energia |
| 29. Simetria torácica | 66. Diagnóstico médico |
| 30. Assimetrias | 67. Patologia do doente |
| 31. Deformidades | 68. Permeabilidade da via aérea |
| 32. Deformidade da caixa torácica | 69. Rx |
| 33. Amplitude que consegue fazer com os ombros | |
| 34. Fraqueza dos músculos respiratórios | |
| 35. Fraqueza respiratória para fazer inaladores em pó | |
| 36. Auscultar | |
| 37. Auscultação | |

- | | |
|---|--|
| 70. Temos Rx disponível | 107. Tempo que leva a recuperar para conseguir novamente fazer inspiração profunda |
| 71. Contacto direto com o médico | 108. Sons ao auscultar um utente |
| 72. Se tem ou não atelectasia | 109. Crepitações |
| 73. Comorbilidades | 110. Se ventila de igual forma em todos os quadrantes |
| 74. Patologias associadas | 111. Som inspiratório ou expiratório mais diminuído ou mais aumentado |
| 75. Se fez uma cirurgia | 112. Padrão ventilatório de todo o pulmão |
| 76. Alterações do estado de consciência | 113. Posição em que o utente dorme |
| 77. Se têm dificuldade em fazer o autocuidado | 114. SatO2 nas posições em que o utente dorme |
| 78. Dificuldade em tomar banho | 115. Se tem reflexo da tosse |
| 79. Se têm falta de ar nos autocuidados | 116. Grau de eficácia do reflexo da tosse |
| 80. Se têm falta de ar ao tomar banho | 117. Presença de secreções mais profundas |
| 81. Falta de ar ou dispneia | 118. Auscultação pulmonar realizada por outros profissionais |
| 82. Dependência na higiene | 119. Gasimetrias |
| 83. Dependência no andar | 120. Se tem dispneia |
| 84. Dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária | 121. Se consegue andar |
| 85. Se conseguiam fazer as compras | 122. As condições habitacionais |
| 86. Se compravam a sua medicação | 123. Se a casa é arejada |
| 87. Se está numa fase muito aguda | 124. Se a casa é húmida |
| 88. Se conseguem expelir as secreções | 125. Se tem lareira |
| 89. Se têm oxigénio | 126. Se vive em zonas poluídas |
| 90. Se é seguido por Pneumologia | 127. Se fuma ou não fuma |
| 91. Se já foi ensinado a fazer os exercícios | 128. Hábitos tabágicos |
| 92. Conhecimento do doente sobre os exercícios | 129. Se alguém da família fuma |
| 93. Acompanhamento por um profissional no domicílio | 130. Ter ou não um prestador de cuidados |
| 94. Conhecimento sobre os inaladores | 131. Se o prestador prestar |
| 95. Possibilidade de levantar o mais precoce possível após cirurgia | 132. Quem está mais motivado é o prestador |
| 96. Se faz BiPAP | 133. Escala MiniMental |
| 97. Se tem bronquiectasias | 134. Se o doente está orientado no T/E |
| 98. Valor das Provas Funcionais Respiratórias | 135. Se o doente memoriza alguma coisa |
| 99. As espirometrias são essenciais | 136. Se o doente compreende o que lhe digo |
| 100. Estadio da DPOC | 137. Após o ensino dos exercícios, ver o que ele é capaz de fazer sozinho |
| 101. Saber se é restritivo ou obstrutivo | 138. Capaz de fazer uma limpeza eficaz das vias aéreas |
| 102. Se faz respiração costal ou abdominal | 139. Técnica de tosse eficaz |
| 103. Tempo que demora em cada uma das fases do ciclo respiratório | 140. Se estão habituados a fazer a higiene brônquica matinal |
| 104. Posição dos lábios ao respirar | |
| 105. Se a respiração é em escada | |
| 106. Se tem volume residual muito elevado | |

- | | |
|--|---|
| 141. Se temos um timing curto para avaliar do doente | 154. Se há atelectasias |
| 142. Dados que são objetivos para a intervenção imediata | 155. O Huff: pedir ao doente para fazer uma inspiração profunda e a seguir o embaciar |
| 143. Alteração do tórax | 156. Se ele tiver secreções, elas vão-se manifestar pelo Huff |
| 144. Padrão respiratório | 157. Se eles têm motivação |
| 145. SatO ₂ | 158. Tipo de tórax |
| 146. Permeabilidade da via aérea | 159. Tórax escavado |
| 147. A permeabilidade da via aérea é um ponto fulcral | 160. Tórax em túnel |
| 148. Palpação do tórax | 161. Tórax em quilha |
| 149. Simetria do tórax | 162. Alterações da coluna |
| 150. Roncos | 163. Escoliose |
| 151. Sibilância | 164. Postura que o doente adota |
| 152. Atrito das pleuras | 165. Posição sentado |
| 153. Se há secreções e onde | 166. Posição no leito |

ANEXO V: AGREGAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO DA PRIMEIRA SESSÃO

SESSÃO Nº 1 - AGREGAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO

UNDADES DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	1ª Menção		2ª Menção		3ª Menção		4ª Menção		5ª Menção	
	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo
--- INÍCIO --- 06:00										
Dinâmica ventilatória	7	06:40								
Observar o padrão de respiração / Avaliação do padrão respiratório / Avaliar o padrão respiratório / Padrão ventilatório	7	06:45	9	16:00	5	21:45	7	33:15		
Capacidade para apreender (a informação) / Aquilo que o doente é capaz (...) de aprender / Se retém informação	7	06:50	9	16:00	3	48:25				
Sinais vitais / Parâmetros vitais	7	07:00	1	10:15						
TA	7	07:00								
SatO2 / a Saturação	7	07:00	6	43:50						
Cor do doente	7	07:10								
Capacidade (...) em falar e não se cansar / Cansaço e cansaço quando eles falam	7	07:15	7	34:40						
Tempo que leva no repouso para poder voltar a trabalhar	7	07:20								
Broncorreia / Presença ou não de secreções / Se tem secreções / Broncorreia elevada / Acumular secreções	7	07:50	1	10:30	9	17:35	5	21:40	2	26:00
Observar o tórax / Alterações torácicas / Avaliação do tórax / Observamos (o tórax) / Observação do tórax	6	08:05	4	11:45	9	15:55	1	43:00	6	43:45
Simetria / Simetria torácica / Assimetrias	6	08:10	1	43:05	6	43:45				
Deformidades / Deformidade da caixa torácica	6	08:10	9	59:10						
Amplitude que consegue fazer com os ombros	6	08:15								
Fraqueza dos músculos respiratórios / Fraqueza respiratória (para fazer inaladores em pó)	6	08:15	6	08:55						
Auscultar / Auscultação / Através da auscultação / A auscultação é fundamental	6	08:20	1	10:30	1	43:00	6	43:45		
Antecedentes / Antecedentes do doente / Os antecedentes	6	08:30	1	10:20	9	52:10				
Doença cardíaca	6	08:35								
Medicação / Terapêutica	6	08:40	1	10:25						
Gestão do regime terapêutico	6	08:45								
FOLHA AVALIAÇÃO INICIAL	1	10:00	4	11:40						
Cianose labial	4	11:50								
Cansaço	4	11:55								
(após exercícios respiratórios) Até que ponto se cansam ou não	4	12:05								
(após) Dissociação dos tempos respiratórios (vê-se se) o doente é capaz de expirar como deve ser ou não	4	12:15								
Tempo em que ficam cansados	4	13:30								
(dificuldade na) Expansão global	4	13:40								
Expiração por duas ou três vezes (expiração não-sustentada) / Se consegue sustentar o movimento expiratório contínuo	4	13:50	7	34:25						
Quando (...) já sabem fazer todos os exercícios	4	14:40								
Doente que não mostra capacidade para o fazer (os exercícios)	4	14:50								
Avaliação da dor / (se tem) Dor	8	15:20	2	25:55						
Parte cognitiva / Parte cognitiva do doente / Estado cognitivo	9	16:00	5	22:50	2	24:15				
Eles têm de perceber o que é a reabilitação	9	16:10								
(o doente tem de saber) A importância da reabilitação respiratória para a sua doença	9	16:10								
Escalas de AVDs	9	16:30								
(escalas de) Técnicas de conservação de energia	9	16:35								

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNDADES DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	1ª Menção		2ª Menção		3ª Menção		4ª Menção		5ª Menção	
	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo
Diagnóstico (médico) / Patologia (do doente)	9	17:25	2	23:45						
Permeabilidade da via aérea	9	17:30								
Rx / Temos Rx disponível	9	17:35	1	42:35						
Contacto directo com o médico	9	17:40								
Se tem ou não atelectasia	9	17:45								
Comorbilidades / Patologias associadas	9	18:00	5	23:00						
(se) Fez uma cirurgia	9	18:05								
Alterações do estado de consciência	3	18:50								
no autocuidado, se têm (...) dificuldade em fazer / Dificuldade em tomar banho	3	18:55	3	19:45						
Se têm falta de ar quando o fazem (autocuidados) / (ao tomar banho) Falta de ar ou dispneia	3	19:00	3	19:55						
Dependência na higiene	3	19:10								
(dependência no) Andar	3	19:15								
(dependência nas) Atividades Instrumentais de Vida Diária:	3	19:20								
Se (...) conseguiam fazer as compras	3	19:25								
Se compravam a sua medicação	3	19:30								
(se) Está numa fase muito aguda	5	21:55								
(se conseguem) Expelir as secreções	5	22:05								
(se têm) Oxigénio	5	22:25								
(se é) Seguido por Pneumologia	2	23:45								
(se já foi) Ensinado a fazer os exercícios	2	24:00								
Conhecimento do doente sobre os exercícios	2	24:20								
Acompanhamento por um profissional no domicílio										
Conhecimento sobre os inaladores	2	25:50								
(possibilidade de) Levante o mais precoce possível (após cirurgia)	2	26:05								
(se faz) BiPAP	2	26:10								
(se tem) Bronquiectasias	9	27:45								

REFOCALIZAÇÃO --- 30:00										

(valor de) PFR / As espirometrias são essenciais	9	32:05	9	51:25						
Estadio (...) da DPOC	9	32:30								
Saber se é restritivo ou obstrutivo	7	33:25								
(se faz) Respiração costal (...) ou abdominal	7	33:50								
Tempo que demora em cada uma das fases do ciclo respiratório	7	33:55								
Posição dos lábios (ao respirar)	7	34.10								
(se a respiração) É em escada	7	34:20								
(se tem) Volume residual muito elevado	7	35:20								
Tempo que leva a recuperar para conseguir novamente fazer inspiração profunda	7	35:25								

PERGUNTA DIRIGIDA: AP --- 35:00										

Quando auscultamos (um utente):	6	36:55								
Crepitações	6	37:00								
Se ventila de igual forma em todos os quadrantes	6	37:05								
Som inspiratório ou expiratório mais diminuído ou mais aumentado	6	37:10								

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNDADES DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	1ª Menção		2ª Menção		3ª Menção		4ª Menção		5ª Menção	
	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo
Padrão ventilatório de todo o pulmão	6	37:35								
Posição em que o utente dorme	6	37:40								
SatO2 nas posições em que o utente dorme	6	38:05								
Se tem reflexo da tosse	7	39:25								
Grau de eficácia do reflexo da tosse	7	39:30								
--- MENÇÃO AO COUGH-ASSIST E OSCILADOR --- 39:00	1	39:00								
(presença de) Secreções mais profundas	1	41:50								
(auscultação pulmonar realizada por outros profissionais) Nós trabalhamos em parceria com a equipe médica e de MFR	1	41:30								
Gasimetrias	1	42:35								
---- MENÇÃO AO FATO DE OS DADOS ANALÍTICOS NÃO ESTAREM DISPONÍVEIS NO CONETXTO DOMICILIÁRIO --- 42:40	6	43.30								
Se tem dispneia	6	43:50								
Se consegue andar	6	43:55								
As condições habitacionais:	6	44:00								
Se a casa é arejada	6	44:15								
(se a casa) É húmida	6	44:15								
Se tem lareira	6	44:20								
(se vive) em zonas (...) poluídas	6	44:25								
Se fuma ou não fuma / Hábitos tabágicos	6	44:10	9	51:30						
Se alguém da família fuma	6	44:15								
Ter ou não um prestador de cuidados	6	44:50								
Se o prestador prestar	6	45:20								
Quem está mais motivado é o prestador	6	45:35								
--- PERGUNTA DIRIGIDA: AS CONDIÇÕES HABITACIONAIS E FAMILIARES LEVAM A DIFERENTES PRESCRIÇÕES DE CINESITERAPIA RESPIRATÓRIA? --- 45:50										
Resposta: não; os resultados é que variam	9	47:00								
--- REFOCALIZAÇÃO --- 47:30										
Escala MiniMental	3	48:00								
Se o doente está orientado no T/E	3	48:15								
(se o doente) Memoriza alguma coisa	3	48:20								
(se o doente) Compreende o que lhe digo	3	48:30								
(após ensino dos exercícios) Ver o que ele é capaz de fazer sozinho	4	49:40								
Capaz de fazer uma limpeza eficaz das vias aéreas / Técnica de tosse eficaz	4	50:10	7	55:55						
Se estão habituados a (...) higiene brônquica matinal	4	50:15								
(se temos) Um timing curto (para avaliar do doente)	9	51:05								
Dados que são objetivos para a intervenção imediata:	9	51:10								
Alteração do tórax	9	51:50								
Padrão respiratório	9	51:55								
SatO2	9	51:55								

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNDADES DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	1ª Menção		2ª Menção		3ª Menção		4ª Menção		5ª Menção	
	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo	Participante	Tempo
Permeabilidade da via aérea / A permeabilidade da via aérea é um ponto fulcral	9	52:40	7	54:00						
Palpação (do tórax):	7	54:25								
Simetria do tórax	7	54:30								
Roncos	7	54:35								
Sibilância	7	54:40								
Atrito das pleuras	7	54:45								
Se há secreções e onde	7	55:00								
Se há atelectasias	7	55:15								
O Huff: pedir ao doente para fazer uma inspiração profunda e a seguir o embaciar:	7	55:30								
Se ele tiver secreções, elas vão-se manifestar	7	55:40								

--- PERGUNTA DIRIGIDA: COMO DISTINGUIMOS AS PESSOAS QUE NÃO FAZEM OS EXERCÍCIOS PORQUE NÃO TÊM CAPACIDADE COGNITIVA DOS QUE NÃO QUEREM FAZER? --- 56:15										

Eles têm motivação	4	57:45								
Tipo de tórax:	9	59:10								
Tórax escavado	9	59:50								
Tórax em túnel	9	59:50								
Tórax em quilha	9	59:50								
Alterações da coluna / Escoliose	9	60:45	7	62:50						
Postura que o doente adota	7	62:00								
Posição (...) sentado (...) e no leito (...)	7	63:10								
--- FIM--- 64:00										

ANEXO VI: TRANSCRIÇÃO DO DISCURSO RELEVANTE DA SEGUNDA SESSÃO

SESSÃO Nº 2 - TRANSCRIÇÃO DO DISCURSO RELEVANTE

UNIDADE DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	Inter- venção		Consenso em remover	Consenso em mudar/acrescentar	Consenso em manter	Novo termo	Observações
	Partic.	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo		
--- INÍCIO --- 07:20							
Dinâmica ventilatória					7:30		
Observar o padrão de respiração / Avaliação do padrão respiratório / Avaliar o padrão respiratório / Padrão ventilatório					8:20		
Capacidade para apreender (a informação) / Aquilo que o doente é capaz (...) de aprender / Se retém informação					8:30		
Sinais vitais / Parâmetros vitais					8:40		
TA					8:45		
SatO2 / a Saturação					8:45		
	7	09:00		11:45		Frequência cardíaca	
	7	09:00		11:45		Temperatura axilar	
	8	09:40			Posterior	Dor	
REFOCALIZAÇÃO - 10:30							
Cor do doente					13:10		
Capacidade (...) em falar e não se cansar / Cansaço e cansaço quando eles falam					13:15		
Tempo que leva no repouso para poder voltar a trabalhar					13:20		
Broncorreia / Presença ou não de secreções / Se tem secreções / Broncorreia elevada / Acumular secreções					13:25		
Observar o tórax / Alterações torácicas / Avaliação do tórax / Observamos (o tórax) / Observação do tórax					13:35		
Simetria / Simetria torácica / Assimetrias					13:45		
Deformidades / Deformidade da caixa torácica					13:50		
Amplitude que consegue fazer com os ombros	9 7 3 1 7	14:00 14:15 14:30 15:30 15:55		17:00		Capacidade de abertura e expansão da caixa torácica	
Fraqueza dos músculos respiratórios / Fraqueza respiratória (para fazer inaladores em pó)					13:55		
	3 9 1 3	17:00 19:30 21:10 22:00		17:20 22:30		Força muscular dos membros superiores	Aprovado por maioria (9 não concordou)
Auscultar / Auscultação / Através da auscultação / A auscultação é fundamental					22:40		
Antecedentes / Antecedentes do doente / Os antecedentes					22:50		
Doença cardíaca					22:50		
Medicação / Terapêutica					22:55		
Gestão do regime terapêutico					23:00		

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNIDADE DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	Inter- venção		Consenso em remover	Consenso em mudar/acrescentar	Consenso em manter	Novo termo	Observações
	Partic.	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo		
FOLHA AVALIAÇÃO INICIAL							
Cianose labial	7 I	24:25 24:30			23:10 25:20		
Cansaço					23:15		
(após exercícios respiratórios) Até que ponto se cansam ou não					23:20		
(após) Dissociação dos tempos respiratórios (vê-se se) o doente é capaz de expirar como deve ser ou não					23:30		
Tempo em que ficam cansados	3 I	23:45 24:00			24:10		O tempo refere-se à cronologia
(dificuldade na) Expansão global					25:30		
Expiração por duas ou três vezes (expiração não-sustentada) / Se consegue sustentar o movimento expiratório contínuo					26:10		
Quando (...) já sabem fazer todos os exercícios	3	26:30	26:50				Não influencia a prescrição de CR
Doente que não mostra capacidade para o fazer (os exercícios)	7 3 I	27:00 27:05 27:35	27:45				Substituído pelas razões que podem levar à ausência de capacidade
Avaliação da dor / (se tem) Dor					27:55		
Parte cognitiva / Parte cognitiva do doente / Estado cognitivo					28:00		
Eles têm de perceber o que é a reabilitação	3 8	28:05 28:10	28:45				Não influencia a prescrição de CR
(o doente tem de saber) A importância da reabilitação respiratória para a sua doença			29:25				Não influencia a prescrição de CR
Escalas de AVDs	3 1 9 I	29:40 29:50 30:50 31:00			29:55		
(escalas de) Técnicas de conservação de energia					33:10		
Diagnóstico (médico) / Patologia (do doente)					33:15		
Permeabilidade da via aérea					33:20		
Rx / Temos Rx disponível	7 1 3 7 I 9 I	33:25 33:30 33:35 34:00 34:40 37:00 37:30			40:10		
Contacto directo com o médico				40:50		Informação médica	
NOVA QUESTÃO - 41:00	3 I	41:10 41:30					Questão: quais os dados médicos?
PROPOSTA DE DADO: Interpretação de dados analíticos	1 9 3 I	41:50 42:20 43:30 43:45		44:00		Interpretação de MCDT	
Se tem ou não atelectasia					44:15		
Comorbilidades / Patologias associadas					44:20		
(se) Fez uma cirurgia	3	44:25			45:15	Evento cirúrgico	

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNIDADE DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	Inter-venção		Consenso em remover	Consenso em mudar/acrescentar	Consenso em manter	Novo termo	Observações
	Partic.	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo		
	4	45:15				próximo (anterior ou posterior)	
	4	45:15		45:40		Cirurgia toraco-abdominal	Especificação da cirurgia para diferenciar a relevância
				47:10		Tipo de cirurgia	Engobará o anterior na categorização
Alterações do estado de consciência					45:45		
no autocuidado, se têm (...) dificuldade em fazer / Dificuldade em tomar banho					45:50		
Se têm falta de ar quando o fazem (autocuidados) /(ao tomar banho) Falta de ar ou dispneia					47:35		
Dependência na higiene					47:55		
(dependência no) Andar					48:00		
(dependência nas) Atividades Instrumentais de Vida Diária:					48:05		
Se (...) conseguiam fazer as compras	7 3	48:20 48:45			48:10 49:00		Válido enquanto pertencente a uma escala de AIVD
Se compravam a sua medicação	7 3	48:20 48:45			48:10 49:00		Válido enquanto pertencente a uma escala de AIVD
(se) Está numa fase muito aguda					48:15		
(se conseguem) Expelir as secreções					49:20		
(se têm) Oxigénio					49:25		
(se é) Seguido por Pneumologia	3 1	49:30 49:50	50:00				Não influencia a prescrição de CR
(se já foi) Ensinado a fazer os exercícios			50:30				Não influencia a prescrição de CR
Conhecimento do doente sobre os exercícios	3 5 1 5	50:40 50:50 51:00 51:15			52:15		
Acompanhamento por um profissional no domicílio	3 1 5	53:15 53:35 54:00	54:10				Não influencia a prescrição de CR
Conhecimento sobre os inaladores					54:30		
(possibilidade de) Levante o mais precoce possível (após cirurgia)	3	52:40			52:50		
(se faz) BiPAP	3 7 3 1 7	54:55 55:25 56:50 58:40 60:30		61:50	57:15	VNI ativa	Substituição do termo BiPAP por VNI
(se tem) Bronquiectasias					54:35		
(valor de) PFR / As espirometrias são essenciais					62:05		
Estadio (...) da DPOC					62:10		
Saber se é restritivo ou obstrutivo					62:15		
(se faz) Respiração costal (...) ou abdominal					62:20		
Tempo que demora em cada uma das fases do ciclo respiratório					62:25		
Posição dos lábios (ao respirar)					62:30		

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNIDADE DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	Inter- venção		Consenso em remover	Consenso em mudar/acrescentar	Consenso em manter	Novo termo	Observações
	Partic.	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo		
(se a respiração) É em escada					62:35		
(se tem) Volume residual muito elevado					62:40		
Tempo que leva a recuperar para conseguir novamente fazer inspiração profunda					62:45		
Quando auscultamos (um utente):					62:55		
Crepitações					63:00		
Se ventila de igual forma em todos os quadrantes					63:05		
Som inspiratório ou expiratório mais diminuído ou mais aumentado					63:10		
Padrão ventilatório de todo o pulmão					63:15		
Posição em que o utente dorme					63:20		
SatO2 nas posições em que o utente dorme					63:25		
Se tem reflexo da tosse					63:30		
Grau de eficácia do reflexo da tosse					63:30		
(presença de) Secreções mais profundas					63:35		
(auscultação pulmonar realizada por outros profissionais) Nós trabalhamos em parceria com a equipe médica e de MFR			63:40				Incluído na Informação médica
Gasimetrias	9	64:00	64:30				É utilizada a SatO2
Se tem dispneia					64:35		
Se consegue andar					64:40		
As condições habitacionais:	3	65:00	65:25				Não influencia a prescrição de CR
Se a casa é arejada	3	65:00	65:25				Não influencia a prescrição de CR
(se a casa) É húmida	3	65:00	65:25				Não influencia a prescrição de CR
Se tem lareira	3	65:00	65:25				Não influencia a prescrição de CR
(se vive) em zonas (...) poluídas	3	65:00	65:25				Não influencia a prescrição de CR
Se fuma ou não fuma / Hábitos tabágicos					65:30		
Se alguém da família fuma			65:40				Não influencia a prescrição de CR
Ter ou não um prestador de cuidados	3 8 7 1	65:50 66:15 66:20 66:30	67:00				Não influencia a prescrição de CR
Se o prestador prestar			67:10				Não influencia a prescrição de CR
Quem está mais motivado é o prestador			67:10				Não influencia a prescrição de CR
Escala MiniMental					67:15		
Se o doente está orientado no T/E					67:20		
(se o doente) Memoriza alguma coisa					67:25		
(se o doente) Compreende o que lhe digo					67:30		
(após ensino dos exercícios) Ver o que ele é capaz de fazer sozinho	5 1 4 3 1	67:45 67:50 68:20 68:30 68:50			69:15		

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNIDADE DE REGISTO INFORMAÇÃO CONTEXTUAL	Inter- venção		Consenso em remover	Consenso em mudar/acrescentar	Consenso em manter	Novo termo	Observações
	Partic.	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo		
Capaz de fazer uma limpeza eficaz das vias aéreas / Técnica de tosse eficaz					69:20		
Se estão habituados a (...) higiene brônquica matinal	5 3	69:45 69:45	70:10				Não influencia a prescrição de CR
(se temos) Um timing curto (para avaliar do doente)			70:20				Não é dado
Dados que são objetivos para a intervenção imediata:					70:35		
Alteração do tórax					70:35		Já referido atrás
Padrão respiratório					70:35		Já referido atrás
SatO2					70:35		Já referido atrás
Permeabilidade da via aérea / A permeabilidade da via aérea é um ponto fulcral					70:45		
Palpação (do tórax):					70:50		
Simetria do tórax					70:55		
Roncos					70:55		
Sibilância					70:55		
Atrito das pleuras					71:00		
Se há secreções e onde					71:00		
Se há atelectasias					71:00		
O Huff: pedir ao doente para fazer uma inspiração profunda e a seguir o embaciar:					71:40		É uma técnica
Se ele tiver secreções, elas vão-se manifestar					71:50		
Eles têm motivação					71:55		
Tipo de tórax:					72:00		
Escavado					72:00		Enquadrável nas alterações morfológicas
Em túnel					72:00		Enquadrável nas alterações morfológicas
Em quilha					72:00		Enquadrável nas alterações morfológicas
Alterações da coluna / Escoliose					72:10		Enquadrável nas alterações morfológicas
Postura que o doente adopta					72:15		
Posição (...) sentado (...) e no leito (...)					72:20		
NOVO DADO: Ansiedade	9 9 1	72:25 73:00 74:00			74:10		
NOVO DADO: Depressão	3 3 5 1 1 3 9 3	72:50 74:30 74:40 74:50 75:00 75:20 75:25 76:00		77:00		Volição	Assume-se a volição como o dado pertinente para a prescrição de CR, a qual está modulada pela ansiedade
--- FIM--- 78:20							

ANEXO VII: AJUSTE TERMINOLÓGICO DAS UNIDADES DE REGISTO DA SEGUNDA SESSÃO

SESSÃO Nº 2 - AJUSTE TERMINOLÓGICO DAS UNIDADES DE REGISTO

UNIDADES DE REGISTO	TERMINOLOGIA AJUSTADA	CIPE® 2.0
Dinâmica ventilatória / Observar o padrão de respiração / Avaliação do padrão respiratório / Avaliar o padrão respiratório / Padrão ventilatório / Padrão respiratório	Padrão ventilatório	X
Capacidade para apreender (a informação) / Aquilo que o doente é capaz (...) de aprender / Se retém informação / (se o doente) Memoriza alguma coisa	Capacidade para reter nova informação	
Sinais vitais / Parâmetros vitais	Sinais vitais	
TA	TA	
SatO2 / a Saturação / SatO2	SatO2	
Frequência cardíaca	Frequência cardíaca	X
Temperatura axilar	Temperatura axilar	
Dor / Avaliação da dor / (se tem) Dor	Dor	X
Cor do doente	Cor das extremidades e mucosas	
Capacidade (...) em falar e não se cansar / Cansaço e cansaço quando eles falam	Cansaço após atividade: falar	
Tempo que leva no repouso para poder voltar a trabalhar	Tempo de recuperação após atividade: exercício físico	
Broncorreia / Presença ou não de secreções / Se tem secreções / Broncorreia elevada / Acumular secreções	Secreções brônquicas	
Simetria / Simetria torácica / Assimetrias	Assimetria torácica	
Deformidades / Deformidade da caixa torácica	Deformidade torácica	
Capacidade de abertura e expansão da caixa torácica	Amplitude torácica	
Fraqueza dos músculos respiratórios / Fraqueza respiratória (para fazer inaladores em pó)	Força muscular: músculos ventilatórios	
Força muscular dos membros superiores	Força muscular: braços	
Auscultar / Auscultação / Através da auscultação / A auscultação é fundamental / Quando auscultamos (um utente)	Auscultação pulmonar	
Antecedentes / Antecedentes do doente / Os antecedentes	Antecedentes patológicos	
Doença cardíaca	Doença cardíaca	
Medicação / Terapêutica	Regime farmacológico	
Gestão do regime terapêutico	Gestão do regime terapêutico	
Cianose labial	Cianose labial	
Cansaço	Cansaço	
(após exercícios respiratórios) Até que ponto se cansam ou não	Cansaço após atividade: exercício físico	
(após) Dissociação dos tempos respiratórios (vê-se se) o doente é capaz de expirar como deve ser ou não	Capacidade funcional: Dissociação dos tempos ventilatórios	
Tempo em que ficam cansados	Cansaço após atividade: tempo até ficar com cansaço	
(dificuldade na) Expansão global	Capacidade funcional: Expansão	

UNIDADES DE REGISTO	TERMINOLOGIA AJUSTADA	CIPE® 2.0
	global	
Expiração por duas ou três vezes (expiração não-sustentada) / Se consegue sustentar o movimento expiratório contínuo	Capacidade funcional: Expiração sustentada	
Parte cognitiva / Parte cognitiva do doente / Estado cognitivo	Cognição	X
Escalas de AVDs	Escala de AVD	
(escalas de) Técnicas de conservação de energia	Escala de conservação da energia	
Diagnóstico (médico) / Patologia (do doente)	Diagnóstico médico	
Permeabilidade da via aérea / Permeabilidade da via aérea / A permeabilidade da via aérea é um ponto fulcral	Permeabilidade da via aérea	
Rx / Temos Rx disponível	Radiografia pulmonar	
Informação médica	Informação médica	
Interpretação de MCDT	Informação médica: interpretação de MCDT	
Se tem ou não atelectasia	Presença de alteração pulmonar: atelectasia	
Comorbilidades / Patologias associadas	Patologias associadas	
Evento cirúrgico próximo (anterior ou posterior)	Timing: proximidade de evento cirúrgico (pré-operatório e pós-operatório imediato)	
Cirurgia toraco-abdominal	Tipo de cirurgia: toraco-abdominal	
Tipo de cirurgia	Tipo de cirurgia	
Alterações do estado de consciência	Alteração do estado de consciência	
no autocuidado, se têm (...) dificuldade em fazer / Dificuldade em tomar banho	Dificuldade no autocuidado: higiene	
Se têm falta de ar quando o fazem (autocuidados) / (ao tomar banho) Falta de ar ou dispneia	Dispneia após atividade: higiene	
Dependência na higiene	Dependência no autocuidado: higiene	X
(dependência nas) Atividades Instrumentais de Vida Diária:	Dependência nas AIVD	X
(se) Está numa fase muito aguda	Timing: agudização da DPOC	
(se conseguem) Expelir as secreções / Capaz de fazer uma limpeza eficaz das vias aéreas / Técnica de tosse eficaz	Capacidade funcional: expetorar	X
(se têm) Oxigénio	Oxigenoterapia	X
Conhecimento do doente sobre os exercícios	Aquisição de conhecimentos: exercícios ventilatórios	
Conhecimento sobre os inaladores	Aquisição de conhecimentos: inaladores	
(possibilidade de) Levante o mais precoce possível (após cirurgia)	Timing: primeiro levante pós-cirúrgico	
VNI ativa	VNI ativa	
(se tem) Bronquiectasias	Alterações pulmonares: bronquiectasias	
(valor de) PFR / As espirometrias são essenciais	Espirometria	

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

UNIDADES DE REGISTO	TERMINOLOGIA AJUSTADA	CIPE® 2.0
Estadio (...) da DPOC	Estadio da DPOC	
Saber se é restritivo ou obstrutivo	Tipologia de alteração pulmonar: restritiva ou obstrutiva	
(se faz) Respiração costal (...) ou abdominal	Padrão ventilatório: tipo de respiração	
Tempo que demora em cada uma das fases do ciclo respiratório	Padrão ventilatório: tempo inspiratório e tempo expiratório	
Posição dos lábios (ao respirar)	Padrão ventilatório: posição dos lábios	
(se a respiração) É em escada	Padrão ventilatório: respiração em escada	
(se tem) Volume residual muito elevado	Alterações pulmonares: enfisema	
Tempo que leva a recuperar para conseguir novamente fazer inspiração profunda	Tempo de recuperação após actividade: inspiração profunda	
Quando auscultamos (um utente)	Auscultação pulmonar	
Crepitações	Auscultação pulmonar: crepitações	
Se ventila de igual forma em todos os quadrantes	Auscultação pulmonar: simetria ventilatória	
Som inspiratório ou expiratório mais diminuído ou mais aumentado	Auscultação pulmonar: intensidade ventilatória	
Padrão ventilatório de todo o pulmão	Auscultação pulmonar: padrão ventilatório	
Posição em que o utente dorme	Posição para dormir	
SatO2 nas posições em que o utente dorme	SatO2 a dormir	
Se tem reflexo da tosse	Reflexo de tosse	
Grau de eficácia do reflexo da tosse	Eficácia do reflexo de tosse	
(presença de) Secreções mais profundas	Secreções brônquicas profundas	
Se tem dispneia	Dispneia	X
Se consegue andar / (dependência no) Andar	Dependência no Deambular	X
Se fuma ou não fuma / Hábitos tabágicos	Hábitos tabágicos	
Escala MiniMental	Cognição: Breve Avaliação do Estado Mental	
Se o doente está orientado no T/E	Orientação T/E	
(se o doente) Compreende o que lhe digo	Cognição: compreensão de discurso	
(após ensino dos exercícios) Ver o que ele é capaz de fazer sozinho	Aquisição de competências: exercícios ventilatórios	
Dados que são objetivos para a intervenção imediata	Dados prioritários	
Alteração do tórax / Tipo de tórax / Observar o tórax / Alterações torácicas / Avaliação do tórax / Observamos (o tórax) / Observação do tórax	Morfologia torácica	
Palpação (do tórax)	Palpação do tórax	
Simetria do tórax	Palpação do tórax: assimetria torácica	
Roncos	Palpação do tórax: roncos	
Sibilância	Palpação do tórax: sibilância	

UNIDADES DE REGISTO	TERMINOLOGIA AJUSTADA	CIPE® 2.0
Atrito das pleuras	Palpação do tórax: atrito pleural	
Se há secreções e onde	Palpação do tórax: secreções brônquicas	
Se há atelectasias	Palpação do tórax: atelectasias	
O Huff: pedir ao doente para fazer uma inspiração profunda e a seguir o embaciar: Se ele tiver secreções, elas vão-se manifestar	Técnica de Huff: secreções brônquicas	
Eles têm motivação	Motivação	
Tipo de tórax: Escavado	Morfologia torácica: tórax escavado	
Tipo de tórax: Em túnel	Morfologia torácica: tórax em túnel	
Tipo de tórax: Em quilha	Morfologia torácica: tórax em quilha	
Alterações da coluna / Escoliose	Morfologia da coluna: escoliose	
Postura que o doente adopta	Postural corporal	
Posição (...) sentado (...) e no leito (...)	Postura corporal: sentado / Postura corporal: deitado	
Ansiedade	Ansiedade	X
Volição	Volição	X

ANEXO VIII: TRANSCRIÇÃO DO DISCURSO RELEVANTE DA TERCERIA SESSÃO

SESSÃO Nº 3 - TRANSCRIÇÃO DO DISCURSO RELEVANTE

TEM- PO	UNIDADE DE REGISTO / CATEGORIA / FOCO	Concordância	Alteração de dado		Novo dado		OBSERVAÇÕES
			Particip.	Tempo	Particip.	Tempo	
0:00	--- RESUMO DA SESSÃO ANTERIOR ---						
2:00	--- DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS DA 3ª SESSÃO ---						
2:15	--- DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE AJUSTE TERMONILÓGICO, VALIDADO NA 2ª SESSÃO ---						
2:55	Descrição do que é um dado concreto e uma categoria						
3:35	Descrição da hierarquia: dado, sub-sub-categoria, sub-categoria, categoria, grupo, sub-domínio e domínio						
4:20	Exemplo: padrão ventilatório						
4:35	Especificação do processo de adição de novos termos						
4:50	Exemplo de hierarquização						
5:25	Especificação do processo de identificação dos domínios						
5:45	Especificação do processo corporal						
6:00	Especificação do processo intencional						
6:15	Especificação do processo patológico						
6:20	Especificação do evento						
6:30	Especificação do recurso						
6:45	Descrição do processo de quantificação dos dados, por domínios						
8:20	--- INÍCIO DA APRESENTAÇÃO DOS DADOS, PARA VALIDAÇÃO PELOS PARTICIPANTES ---						
8:25	Apresentação dos domínios, sub-domínios e grupos, para validação da estrutura hierárquica						
9:30	--- INTERVENÇÃO DE OLGA FERNANDES, PARA ESCALARECER O PROCESSO DE VALIDAÇÃO POR AUSÊNCIA DE DISCORDÂNCIA ---						
10:00	Continuação da apresentação dos domínios, sub-domínios e grupos, para validação da estrutura hierárquica						
11:00	Solicitação aos participantes que se manifestem sobre o apresentado; não houve discordância	x					
11:30	Pedido de esclarecimento sobre o status hemodinâmico; for exposto o processo de categorização dos dados, com a divisão entre a função circulatória, o sistema regulador e a ventilação; o esclarecimento foi aceite pelo participante		1	11:30			
12:30	Comentários dos outros participantes sobre o pedido de esclarecimento apresentado; os comentários foram feitos entre eles e sem incluírem mais questões ou afirmações						
13:10	Intervenção de Olga Fernandes para esclarecimento da terminologia <i>status hemodinâmico</i> , e dos dados que agrupa; foi esclarecido que o termo advém da fundamentação bibliográfica e que o agrupamento resultou da relevância para a prescrição de cinesiterapia para a pessoa com DPOC						
14:50	Intervenção de Olga Fernandes a propor a determinação das frequências relativas dos dados mencionados pelos participantes; foi salvaguardado que na primeira sessão foi dada indicação aos participantes que não seria necessário repetir dados que já tivessem sido mencionados pelos outros participantes						
15:35	Intervenção de Olga Fernandes sobre a pertinência da quantificação dos dados, para evidenciar a relevância que os participantes atribuem aos dados						
17:10	Intervenção de Miguel Padilha a reforçar a pertinência da quantificação dos dados						
19:10	Comentário de Miguel Padilha sobre uma hipotética análise invertida dos dados, daqui a 1 ou 2 anos, com o mesmo grupo focal						
19:25	Descrição do processo de validação da tabela apresentada						
19:45	Explicação de que os dados a vermelho são os dados produzidos pelos participantes e validados na segunda sessão	x					
19:50	Explicação de que os dados a preto são os dados adicionados pelos investigadores para complementar os dados produzidos pelos participantes; este processo de adição teve por base a pesquisa bibliográfica	x					
20:45	Comentário de Miguel Padilha a reforçar o processo de categorização, hierarquização e adição de dados complementares						
21:15	Solicitação aos participantes que analisem os dados a preto, de forma a validá-los, alterá-los ou removê-los da tabela; especificação de que a ausência de intervenção por parte dos participantes significa validação do que estiver a ser apresentado						
21:40	--- INÍCIO DA APRESENTAÇÃO GLOBAL E SEQUENCIAL DOS DADOS DA TABELA ---						
21:40	Ventilação	X					
21:44	Cavidade torácica	X					

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

TEM-PO	UNIDADE DE REGISTO / CATEGORIA / FOCO	Concordância	Alteração de dado		Novo dado		OBSERVAÇÕES
			Particip.	Tempo	Particip.	Tempo	
21:47	Condição fisiopatológica	X					
21:50	Ausente	X					
21:50	Explicação da inclusão do dado “ausente”: para garantir a especificação de todos os valores possíveis para cada categoria de dados						
22:05	Atelectasia	X					
22:06	Enfisema	X					
22:07	Bronquiectasias	X					
22:20	Sugestão de Miguel Padilha para validação apenas dos dados a preto, ou seja, os dados adicionados pelos investigadores	x					
22:45	Mista	x					
22:55	Normal	x					
22:55	Diminuída	x					
22:57	Explicação da escolha dos termos “normal” e “diminuída”, atendendo a um princípio básico e nuclear para todo o processo de categorização: não se definem valores numéricos exatos quando estes podem variar, na sua normalidade, de pessoa para pessoa; dado exemplo: “normal” para uma pessoa pode ser “diminuída” para outra, pelo que se opta por definir características do dado em vez de valores numéricos pré-determinados	x					
24:05	Ventilação abdominal	x					
24:06	Ventilação torácica	X					
24:07	Ventilação mista	X					
24:10	Frequência ventilatória	X					
24:12	Taquipneia	x					
24:13	Eupneia	x					
24:14	Bradipneia	x					
24:25	Profundidade ventilatória	x					
24:26	Ventilação normal	x					
24:35	Sons ventilatórios	X					
24:40	Tipo de som ventilatório	X					
24:45	Normal	X					
24:45	Diminuída	X					
24:48	Simétricos	X					
24:48	Assimétricos	X					
24:52	Mecânica ventilatória	X					
24:56	Presente						
24:56	Ausente						
25:01	Ventilação simétrica						
25:01	Ventilação assimétrica						
25:05	Solicitação de esclarecimento por Miguel Padilha acerca da escolha do termo “ventilatório” em vez de “respiratório”; esclarecido que a bibliografia define respiração como processo celular, enquanto ventilação é o processo mecânico torácico						
25:55	Semicerrados	X					
25:55	Abertos	X					
26:30	Sono e repouso	X					
26:32	Explicação da decisão de criar uma categoria denominada sono e repouso, com base no discurso produzido pelos participantes na primeira sessão						
26:47	Decúbito na posição de deitado	X					
26:47	Decúbito dorsal recumbente	X					
26:47	Decúbito ventral	X					
26:47	Decúbito lateral direito	X					
26:47	Decúbito lateral esquerdo	X					
26:47	Semi-fowler	X					
26:47	Fowler	X					
26:47	Fowler elevado	X					
27:04	Sentado	X					
27:20	Hipoxémia contínua	X					
27:21	Períodos de hipoxemia	X					
27:22	Normoxémia	X					
27:30	Solicitação de esclarecimento por Olga Fernandes acerca da categoria “sono e repouso”; esclarecida a origem do termo e a agregação no grupo “ventilação”						
29:23	Relação VEF ₁ /CVF	X					
29:28	VEF ₁ /CVF ≥ 0,70	X					

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

TEM- PO	UNIDADE DE REGISTO / CATEGORIA / FOCO	Concordância	Alteração de dado		Novo dado		OBSERVAÇÕES
			Particip.	Tempo	Particip.	Tempo	
29:28	VEF ₁ /CVF<0,70	X					
29:30	Explicação da inclusão do dado "VEF ₁ /CVF>=0,70": não é impossível que uma pessoa com DPOC venha a apresentar uma relação VEF ₁ /CVF acima de 0,70						
30:00	Relação VEF ₁ /previsto	X					
30:10	VEF ₁ >=80% do previsto	X					
30:10	50%<=VEF ₁ <80%,	X					
30:10	30%<=VEF ₁ <50%	X					
30:10	VEF ₁ <30%	X					
30:33	Sensação ao ventilar	X					
30:53	Dispneia em repouso	X					
30:54	Presente	X					
30:54	Ausente	X					
31:05	Ausente						
31:06	Explicação que, ao longo da tabela, sempre que se abordar a atividade, ela englobará três vertentes: falar, autocuidado e exercício físico; estas três vertentes emergiram do discurso produzido pelos participante na primeira sessão.	X					
31:21	Após atividade: falar	X					
31:28	Após atividade: exercício físico	X					
31:35	Solicitação por parte de um participante de esclarecimento sobre a origem das três atividades em causa: falar, autocuidado e exercício físico; foi esclarecido que essas três atividades emergiram do discurso produzido pelos participantes e que se agrupou na atividade executada pelo próprio, que se encontra mais à frente na tabela		7	31:35			
32:35	Dor em repouso	X					
32:38	Dor ausente	X					
32:38	Dor na inspiração	X					
32:39	Dor contínua	X					
32:52	Dor após atividade	X					
32:55	Ausente	X					
32:55	Dor após atividade: falar	X					
32:55	Dor após atividade: autocuidado	X					
32:55	Dor após atividade: exercício físico	X					
33:00	Tipo de dor	X					
33:13	Dor em pontada	X					
33:14	Dor em aperto	X					
33:15	Dor em ardência	X					
33:20	Sugestão por parte de um participante da inclusão de um quarto tipo de atividade: mudança de posição, dando o seguinte exemplo: em caso de pneumotórax, a mudança da posição de deitado para a posição de sentado faz deslocar o ar para a região apical, causando dor.				7	33:20	
34:00	Proposta de Rui Pedro de incluir esse quarto tipo de atividade em todas as instâncias que envolvam atividade	X					
34:15	Sugestão de Miguel Padilha para se adotar um outro termo para esse quarto tipo de atividade: alteração da posição corporal	X					
35:15	Fica definido que se assume o termo alteração da posição corporal, o qual não será sujeito a granulação	X					
35:50	Presença	X					
35:50	Presente	X					
35:50	Ausente	X					
35:52	Localização	X					
35:58	Presença nas vias aéreas superiores	X					
36:02	Coloração	X					
36:05	Translúcidas	X					
36:05	Esbranquiçadas	X					
36:06	Amareladas	X					
36:06	Esverdeadas	X					
36:07	Acastanhadas	X					
36:21	Consistência	X					
36:22	Fluídas	X					
36:22	Espessas	X					
36:23	Quantidade	X					
36:25	Quantidade reduzida	X					

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

TEM-PO	UNIDADE DE REGISTO / CATEGORIA / FOCO	Concordância	Alteração de dado		Novo dado		OBSERVAÇÕES
			Particip.	Tempo	Particip.	Tempo	
36:25	Quantidade moderada	X					
36:25	Quantidade elevada	X					
36:47	Processo do sistema respiratório comprometido	X					
36:54	Hipoxia	X					
37:22	Rosada	X					
37:23	Cianose labial	X					
38:00	Relembrado que a “Cor das extremidades e mucosas”, resultou do ajuste terminológico da “Cor do doente”						
38:25	Processo do sistema musculo-esquelético	X					
38:30	Movimento corporal	X					
38:42	Escala de Força Muscular do Medical Research Council	X					
38:58	5	X					
38:59	3-4	X					
39:00	<3	X					
39:00	Explicados os pontos de corte apresentados para a EFMMRC: 5 representa força normal, logo ausência de alteração na mobilização dos braços; 3-4 representa diminuição da força, o que permite elevação dos braços mas com dificuldades; <3 representa força muito diminuída, o que impede a elevação dos braços.	X					
39:50	Normal						
39:52	Diminuída						
39:55	Sugestão de um participante em incluir um teste de avaliação da forma muscular dos músculos ventilatórios, mas que não é efetuado por rotina e não está habitualmente disponível aos enfermeiros de reabilitação.		7	39:55			
40:45	Olga Fernandes questiona o participante se esse teste é relevante para os enfermeiros de reabilitação prescreverem cinesiterapia respiratória, à qual o participante responde que não.						
41:00	Rui Pedro Silva questiona os participantes se querem adicionar o teste aos dados da tabela, os quais manifestam-se negativamente.						
41:48	Processo psicológico	X					
42:09	Memória	X					
42:10	Comunicação	X					
42:12	Presente	X					
42:13	Ausente	X					
42:20	Produção de linguagem	X					
42:21	Presente	X					
42:21	Ausente	X					
42:21	Presente	X					
42:21	Ausente	X					
42:32	Consciência	X					
42:43	Ausente	X					
42:43	Coma	X					
42:44	Estupor	X					
42:44	Sonolência	X					
43:00	Emoção	X					
43:00	Medo	X					
43:01	Pânico	X					
43:05	Presente	X					
43:05	Ausente	X					
43:25	Olga Fernandes questiona sobre a ausência do termo “apatia”, por considerar ser um estado de consciência relevante na DPOC; foi esclarecido que o conceito de “apatia” é o mesmo de “sonolência” na taxonomia CIPE®, o qual foi descrito e validado anteriormente						
46:00	Força de vontade presente	X					
46:01	Força de vontade diminuída	X					
46:02	Força de vontade ausente	X					
46:10	Explicada a conjugação dos termos motivação e força de vontade, bem como a coexistência dos termos “motivação / força de vontade” e “volição”; “motivação / força de vontade” refere-se à intenção de adesão a curto prazo, enquanto que a “volição” se refere à intenção e adesão a longo prazo						
46:30	Rui Pedro Silva questiona os participantes se pretendem juntar os termos “motivação / força de vontade” e “volição” numa só categoria; os participantes preferem manter as duas categorias	X					
47:20	Olga Fernandes questiona se o termo “esperança” não será mais adequado que		7	50:55			

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

TEM- PO	UNIDADE DE REGISTO / CATEGORIA / FOCO	Concordância	Alteração de dado		Novo dado		OBSERVAÇÕES
			Particip.	Tempo	Particip.	Tempo	
	“volição”; após clarificação dos conceitos por parte de Miguel Padilha, verifica-se que “volição” é o termo mais adequado para o que se pretende definir neste estudo						
52:00	Rui Pedro Silva refocaliza no objetivo do estudo: dados relevantes para a prescrição de cinesiterapia respiratória por enfermeiros de reabilitação, a pessoas com DPOC						
52:50	Miguel Padilha reforça a diferença entre os conceitos de força de vontade e volição, e a adequabilidade dos dois ao presente estudo						
54:30	Miguel Padilha introduz o conceito de depressão, como passível de integrar os dados						
55:00	Rui Pedro Silva questiona os participantes se o diagnóstico médico de “depressão” é relevante para a prescrição de cinesiterapia respiratória, dado que isso pode não representar a condição real da pessoa. Os participantes decidem que não é relevante	X					
57:50	Face à manutenção de algumas dúvidas sobre a diferença entre “força e vontade” e “volição”, apresenta-se uma nova diferenciação: “volição” representa “força de vontade” sustentada. Face a isto, os participantes reafirmam a decisão de manter as duas categorias	X					
65:50	Status hemodinâmico em repouso	X					
65:55	Hipertensão	X					
65:55	Hipotensão	X					
65:55	Normotensão	X					
66:00	Processo do sistema regulador	X					
66:01	Temperatura corporal	X					
66:01	Hipertermia	X					
66:01	Hipotermia	X					
66:01	Eutermia	X					
66:30	Tensão arterial após atividade	X					Realizada validação conjunta dos dados inerentes a cada uma destas categorias, dado serem termos já validados anteriormente
66:31	Frequência cardíaca após atividade	X					
66:32	SatO2 após atividade	X					
66:33	Frequência ventilatória após atividade	X					
66:45	Processo intencional	X					
66:50	Atividade executada pelo próprio	X					
66:55	Capacidade funcional	X					
66:57	Resposta à atividade	X					
67:10	Capacidade funcional torácica	X					
67:11	Capacidade funcional sistémica	X					
67:35	Eficaz	X					
67:35	Não eficaz	X					
67:40	Normal	X					
67:41	Diminuída	X					
67:42	Normal	X					
67:42	Diminuída	X					
67:43	Eficaz	X					
67:44	Não eficaz	X					
68:30	Independente	X					
68:30	Parcialmente dependente	X					
68:30	Totalmente dependente	X					
68:35	Resposta à atividade	X					
68:40	Tolerância à atividade	X					
68:46	Ausente	X					
68:46	Em repouso	X					
68:47	Após atividade: autocuidado	X					
68:47	Após atividade: exercício físico	X					
68:59	Normal	X					
69:00	Diminuído	X					
72:10	Normal	X					
72:10	Prolongado	X					
72:18	Conhecimento	X					

Dados Valorizados Pelo Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação
Para A Prescrição De Cinesiterapia Respiratória Na Pessoa Com DPOC

TEM-PO	UNIDADE DE REGISTO / CATEGORIA / FOCO	Concordância	Alteração de dado		Novo dado		OBSERVAÇÕES
			Particip.	Tempo	Particip.	Tempo	
72:19	Capacidade	X					
72:30	Dissociação dos tempos respiratórios	X					Realizada validação conjunta dos exercícios e dos inaladores, na sua vertente da aquisição de conhecimentos e aquisição de capacidades, associadas à terminologia demonstrada e não demonstrada.
72:30	Respiração diafragmática	X					
72:30	Respiração com lábios semicerrados	X					
72:30	Mobilização dos braços ao respirar	X					
72:30	Basculação do tronco ao respirar	X					
72:30	Exercício com faixa	X					
72:30	Expiração forçada	X					
72:30	Técnica de tosse	X					
72:30	Preparação do inalador	X					
72:30	Expiração prévia	X					
72:30	Inspiração profunda	X					
72:30	Retenção de ar	X					
72:30	Verificação da inalação	X					
72:30	Limpeza do inalador	X					
72:30	Demonstrada	X					
72:30	Não demonstrada	X					
73:00	Solicitação de Olga Fernandes acerca da utilização de duas terminologias: “presente/ausente” e “demonstrada/não-demonstrada”; esclarecido que o termo “ausência” era utilizado para declarar a não existência de um aspeto negativo, enquanto “não demonstrada” era utilizado para declarar a não existência de um aspeto positivo, neste caso a aquisição de conhecimento ou competência						
74:30	Posição corporal	X					
74:45	Correta	X					
74:45	Incorreta	X					
74:56	Processo patológico	X					
75:12	Disritmia	X					
75:16	Doença osteo-articular dos braços	X					
75:16	Lesão da coluna	X					
75:16	Presente	X					
75:16	Ausente	X					
75:39	Presente	X					
75:39	Ausente	X					
75:47	Evento	X					
75:47	Cirurgia	X					
76:02	Primeiro levante tardio	X					
76:23	Recursos	X					
76:24	Recursos não-farmacológicos	X					
76:25	Ausente	X					
76:26	OLD contínua	X					
76:27	OLD noturna	X					
76:28	OLD 16h/dia		7	76:40			Realizada correção do dado por um participante, que passa a ser “OLD <24h por dia”
76:29	Oxigenoterapia de deambulação	X					
77:00	OLD <24h por dia	X					
77:33	Ausente						
77:34	VNI contínua						
77:35	VNI noturna						
77:36	VNI noturna+ períodos noturno						
78:00	--- FIM ---						